

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

ANNÉE 1939

---

THÈSE

N° 123

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Jean CARRÈRE

Interne des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine  
Né le 14 Juin 1911, à Béja (Tunisie)

---

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE  
DES  
TROUBLES MENTAUX  
CHEZ LES JUMEAUX

---

*Président : M. LAIGNEL-LAVASTINE, Professeur*

---

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

---

1939



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

ANNÉE 1939

---

THÈSE

N°

---

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Jean CARRÈRE

Interne des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine  
Né le 14 Juin 1911, à Béja (Tunisie)

---

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE  
DES  
TROUBLES MENTAUX  
CHEZ LES JUMEAUX

---

*Président : M. LAIGNEL-LAVASTINE, Professeur*

---

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

---

1939

## I. — PROFESSEURS

|                                                                |                    |
|----------------------------------------------------------------|--------------------|
|                                                                | MM.                |
| Anatomie .....                                                 | ROUVIERE.          |
| Physiologie .....                                              | Léon BINET.        |
| Physique médicale .....                                        | STROHL.            |
| Chimie médicale .....                                          | POLONOVSKI.        |
| Bactériologie .....                                            | Robert DEBRÉ.      |
| Parasitologie et histoire naturelle médicale .....             | BRUMPT.            |
| Pathologie et thérapeutique générales .....                    | BAUDOUIN.          |
| Pathologie médicale .....                                      | ABRAMI.            |
| Pathologie chirurgicale .....                                  | MONDOR.            |
| Anatomie pathologique .....                                    | LEROUX.            |
| Histologie .....                                               | CHAMPY.            |
| Pharmacologie et matière médicale .....                        | TIFFENEAU.         |
| Thérapeutique .....                                            | HARVIER.           |
| Hygiène et médecine préventive .....                           | TANON.             |
| Médecine légale .....                                          | BALTHAZARD.        |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie .....               | LAIGNEL LAVASTINE. |
| Pathologie expérimentale et comparée .....                     | FIESSINGER.        |
| Hydrologie thérapeutique et climatologie .....                 | CHIRAY.            |
|                                                                | LOEPER.            |
| Clinique médicale .....                                        | CARNOT             |
|                                                                | CLERC.             |
|                                                                | Marcel LABBÉ.      |
| Hygiène et clinique de la première enfance. ....               | LEREBOULLET.       |
| Clinique des maladies des enfants .....                        | NOBÉCOURT.         |
| Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale. | H. CLAUDE.         |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques .....          | GOUGEROT.          |
| Clinique des maladies du système nerveux .....                 | GUILLAIN.          |
| Clinique des maladies infectieuses .....                       | LEMIERRE.          |
|                                                                | CUNÉO.             |
| Clinique chirurgicale .....                                    | GOSSET.            |
|                                                                | GRÉGOIRE.          |
|                                                                | LENORMANT.         |
| Clinique ophtalmologique .....                                 | TERRIEN.           |
| Clinique urologique .....                                      | CHEVASSU.          |
|                                                                | COUVELAIRE.        |
| Clinique d'accouchements .....                                 | JEANNIN.           |
|                                                                | LÉVY-SOLAL.        |
| Clinique gynécologique .....                                   | MOCQUOT.           |
| Clinique chirurgicale infantile et orthopédie .....            | OMBRÉDANNE.        |
| Clinique thérapeutique médicale .....                          | RATHERY.           |
| Clinique oto-rhino-laryngologique .....                        | LEMAITRE.          |
| Clinique thérapeutique chirurgicale .....                      | Pierre DUVAL.      |
| Clinique propédeutique .....                                   | M. VILLARET.       |
| Clinique de la Tuberculose .....                               | TROISIER.          |
| Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte .....           | MATHIEU.           |
| Clinique cardiologique .....                                   | LAUBRY.            |
| Clinique de neuro-chirurgie .....                              | Clovis VINCENT.    |
| Assistance Médico-sociale .....                                | N...               |
|                                                                | HAZARD.            |
|                                                                | HOVELACQUE.        |
| Professeurs sans chaire .....                                  | MULON              |
|                                                                | OLIVIER.           |
|                                                                | SANNIÉ.            |
|                                                                | VERNE.             |



## II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

### MM.

|                        |                          |
|------------------------|--------------------------|
| AMELINE .....          | Pathologie chirurgicale. |
| BARIÉTY .....          | Pathologie médicale.     |
| BÉNARD (Henri) .       | Pathologie médicale.     |
| BERNARD Étienne        | Pathologie médicale.     |
| BESANÇON (J.) ..       | Hydrologie.              |
| BOULIN .....           | Pathologie médicale.     |
| BULLIARD.....          | Histologie.              |
| CATHALA .....          | Pathologie médicale.     |
| CHEVALLIER ...         | Pathologie médicale.     |
| COSTE .....            | Pathologie médicale.     |
| DOGNON.....            | Physique.                |
| FEY .....              | Urologie.                |
| FUNCK .....            | Pathologie chirurgicale. |
| GALLIARD.....          | Parasitologie.           |
| GASTINEL .....         | Bactériologie.           |
| DE GAUDART D'ALLAINES. | Pathologie chirurgicale. |
| GAYET. ....            | Physiologie.             |
| DE GENNES .....        | Pathologie médicale.     |
| GIROUD .....           | Histologie.              |
| HAGUENAU .....         | Pathologie médicale.     |
| HALPHEN .....          | Oto-rhino-laryngologie.  |
| HUGUENIN .....         | Anatomie pathologique    |
| JOANNON .....          | Hygiène.                 |

### MM.

|                               |                           |
|-------------------------------|---------------------------|
| LACOMME .....                 | Obstétrique.              |
| LANTUÉJOUL ...                | Obstétrique.              |
| LAROCHE (Guy) .               | Pathologie médicale.      |
| LAVIER.....                   | Parasitologie.            |
| LELONG .....                  | Pathologie médicale.      |
| LEMAIRE .....                 | Pathologie expérimental.  |
| LEVEUF .....                  | Pathologie chirurgicale.  |
| M <sup>lle</sup> J. LÉVY .... | Pharmacologie.            |
| LÉVY-VALENSI .                | Neurologie et Psychiatrie |
| MÉNÉGAUX ....                 | Pathologie chirurgicale.  |
| MOLLARET .....                | Pathologie médicale.      |
| MOREAU .....                  | Pathologie médicale.      |
| MOULONGUET ..                 | Pathologie chirurgicale.  |
| MOUQUIN .....                 | Pathologie médicale.      |
| PETIT-DUTAILLIS               | Pathologie chirurgicale.  |
| PIÉDELIÈVRE ..                | Médecine légale.          |
| PORTES .....                  | Obstétrique.              |
| RENARD .....                  | Ophthalmologie.           |
| RICHET .....                  | Physiologie.              |
| SÉNÈQUE.....                  | Pathologie chirurgicale.  |
| TURPIN .....                  | Pathologie médicale.      |
| VIGNES .....                  | Obstétrique.              |
| WILMOTH .....                 | Pathologie chirurgicale.  |

## III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

### MM.

|                |                          |
|----------------|--------------------------|
| ALGLAVE .....  | Pathologie chirurgicale. |
| BUSQUET .....  | Pharmacologie.           |
| CHAILLEY-BERT. | Physiologie.             |
| GUÉNIOT .....  | Obstétrique.             |
| HEITZ-BOYER .. | Pathologie chirurgicale. |

### MM.

|                |                          |
|----------------|--------------------------|
| LARDENNOIS...  | Pathologie chirurgicale. |
| LE LORIER..... | Obstétrique.             |
| NEVEU-LEMAIRE. | Parasitologie.           |
| SCHWARTZ.....  | Pathologie chirurgicale. |
| VAUDESCAL .... | Obstétrique.             |

#### IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

| MM.                               |                          | MM              |                          |
|-----------------------------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|
| ALAJOUANINE ..                    | } Clinique médicale.     | BASSET .....    | } Clinique chirurgicale. |
| AUBERTIN .....                    |                          | BROCQ.....      |                          |
| BRULÉ .....                       |                          | CADENAT.....    |                          |
| CHABROL.....                      |                          | GATELLIER ..... |                          |
| DONZELOT .....                    |                          | MOURE .....     |                          |
| DUVOIR .....                      |                          | QUENU .....     |                          |
| LIAN .....                        |                          | VELTER .....    |                          |
| PASTEUR - VALLERY -<br>RADOT..... |                          |                 |                          |
| SÉZARY .....                      |                          |                 |                          |
| MM.                               |                          |                 |                          |
| ECALLE .....                      | } Clinique obstetricale. |                 |                          |
| METZGER .....                     |                          |                 |                          |

#### V. — CHARGÉS DE COURS

| MM.                         |                      |
|-----------------------------|----------------------|
| CHAILLEY-BERT, agrégé ..... | Éducation physique   |
| LEDOUX-LEBARD .....         | Radiologie clinique. |
| RUPPE .....                 | Stomatologie.        |
| WEIL-HALLÉ .....            | Puériculture.        |

---

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

A LA MÉMOIRE DE MA GRAND'MÈRE

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES PARENTS

LE DOCTEUR CAPGRAS

Médecin Honoraire des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine

LE DOCTEUR XAVIER ABELY

Médecin de l'Admission à l'Hôpital Psychiatrique Sainte-Anne

LE DOCTEUR PAUL ABELY

Médecin des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine

*Qui m'ont toujours affectueusement guidé dans ma carrière médicale. Je suis heureux de leur donner ici ce faible témoignage de ma profonde reconnaissance.*

A NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LAIGNEL-LAVASTINE

Professeur d'Histoire de la Médecine et de la Chirurgie à la Faculté

Médecin de l'Hôpital de la Pitié

Membre de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'Honneur

*Qui a bien voulu nous faire le  
grand honneur de présider cette  
thèse. Hommage de vive admiration  
et de gratitude.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR CLAUDE

Professeur de Clinique des Maladies Mentales et de l'Encéphale  
Médecin des Hôpitaux  
Membre de l'Académie de Médecine  
Officier de la Légion d'Honneur

*En témoignage de respectueuse  
admiration et de profonde reconnaissance.*

A MES MAITRES  
DE L'INFIRMERIE SPÉCIALE DES ALIÉNÉS

MONSIEUR LE DOCTEUR B. J. LOGRE  
Médecin chef de l'Infirmerie Spéciale des Aliénés  
Près la Préfecture de Police

MONSIEUR LE DOCTEUR HEUYER  
Médecin des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR BROUSSEAU  
Médecin des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine

*Je leur exprime ici toute ma reconnaissance pour l'intérêt qu'ils ont bien voulu me témoigner.*

A NOS MAITRES  
DE L'HOPITAL PSYCHIATRIQUE DE MAISON BLANCHE

MONSIEUR LE DOCTEUR CHATAGNON

*Dont les conseils éclairés furent  
pour moi un guide précieux, son  
amicale bienveillance à mon égard  
ne s'est jamais démentie.*

*En témoignage de ma profonde  
reconnaissance.*

MONSIEUR LE DOCTEUR DEMAY

MONSIEUR LE DOCTEUR BEAUDOIN

•

A NOS MAITRES  
DE L'HOPITAL PSYCHIATRIQUE DE VILLEJUIF

MONSIEUR LE DOCTEUR PORC' HER

MONSIEUR LE DOCTEUR R. DEDIEU-ANGLADE

*Qui furent mes premiers Maîtres  
dans les Hôpitaux Psychiatriques.*

A MES MAITRES DE L'UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

*Faculté des Sciences*

MONSIEUR LE PROFESSEUR JAMES (*In Memoriam*)

*Faculté de Médecine et de Pharmacie*

MONSIEUR LE PROFESSEUR CAUBET

MONSIEUR LE PROFESSEUR JEAN TAPIE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DUCUING

*En souvenir de leur bienveillance  
et de l'enseignement remarquable  
qu'ils m'ont prodigué.*

*Je tiens à remercier ici tous les Maîtres qui m'ont apporté l'aide de leurs conseils et de leur documents et m'ont libéralement ouvert leurs services :*

MM. CHATAGNON, DEMAY, BEAUDOUIN, COURBON

Médecins des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine

MM. LOGRE, HEUYER, BROUSSEAU

Médecins de l'Infirmierie Spéciale

M. EY

Médecin de l'Hôpital Psychiatrique de Bonneval

Je prie Madame le D<sup>r</sup> CHEVALIER-GASAGNOL

*d'accepter l'expression de ma vive reconnaissance pour les observations qu'elle a bien voulu me fournir.*

## GÉNÉRALITÉS

### DONNÉES MODERNES SUR LA GROSSESSE GÉMELLAIRE

Malgré toute l'attention dont elle a été l'objet aux points de vue embryologique, obstétrical, médico-légal et social, la grossesse multiple pose encore de nombreux problèmes demeurés insolubles. Telle est la conclusion des travaux de Franco COLLORIDI (1).

Pour cet auteur, il semble inutile d'insister sur les arguments qui prouvent le caractère régressif de la grossesse multiple, alors qu'un produit unique de la conception représente dans l'espèce humaine la synthèse la plus parfaite et la construction la plus harmonieuse du point de vue eugénique. En fait, il importe de distinguer chez les jumeaux d'une manière catégorique les grossesses : monochoriales et bichoriales.

*La grossesse bichoriale* ou biovulaire est le résultat de la fécondation de deux ovules et donne naissance à deux jumeaux fraternels.

*La grossesse monochoriale* ou uniovulaire provient de la fécondation d'un seul ovule et donne naissance à deux jumeaux identiques, toujours de même sexe (2).

Il est donc absolument nécessaire de distinguer entre les gemellités mono et biovulaires, dans ce but il faudrait se baser sur l'examen de l'arrière-faix lors de l'accouchement ; dans les cas de psychoses gémellaires, cette notion manque fréquemment. Aussi

(1) Le complicazioni morbose della gravidanza multipla. *Annali di ost. e gin.*, juin 1935.

(2) Cependant, FABRIS, sur 450 observations recueillies à la Clinique obstétricale de Padoue a trouvé un couple de jumeaux univitellins bisexués ; ce cas en contradiction formelle avec les faits admis actuellement, pourrait être justifié théoriquement par les récentes investigations sur les chromosomes des spermatozoïdes.

dut-on recourir à d'autres méthodes d'une rigueur scientifique moins grande : les critères d'identité de SIEMENS (1).

L'Étiologie de la gémellité a fait l'objet de nombreuses études : ALFIERI pense que la grossesse gémellaire se rencontre surtout chez les hyper-génitales et à l'acmé de leur vie génitale, de même VACCARI. L'hérédité gémellaire, tant familiale que gémellaire, ne semble plus sujette à discussion, mais l'interprétation d'un tel facteur semble encore difficile, soit qu'il s'agisse d'hérédité paternelle, maternelle, ou transmise par le mari. On a émis plusieurs hypothèses, aucune ne paraît devoir être admise sans conteste. Un fait de la plus grande importance semble certain, du moins pour APERT (2) : « le facteur hérédité joue seulement pour les grossesses univitellines. »

L'Étiologie syphilitique de la gémellité est couramment admise. Contrairement à cette donnée classique, Franco COLLORIDI déclare ne l'avoir vérifiée que dans 2,2 % des cas (B.-W. antécédents); pour lui cette affection ne paraît pas jouer un rôle prépondérant dans la gémellité.

(1) SIEMENS. — *Die Zwillingspathologie*. Berlin, Springer, 1924.

SIEMENS. — *Zur Frage der Diagnose der Eineiigkeit*. *Arch. f. Gyn.*, 1928.

CRITÈRES D'IDENTITÉ DE SIEMENS.

A. Caractères analogues en règles générales chez les univitellins, exceptionnels chez les bivitellins :

1) Couleur des yeux, 2) des cheveux, 3) de la peau ; 4) répartition du système pileux.

B. Caractères variant peu chez les univitellins beaucoup chez les bivitellins,

5) Localisation des taches de rousseur ; 6) cœur, troubles circulatoires ; 7) lichen, acné ; 8) longues dents.

C) Caractères analogues habituels chez les univitellins :

9) forme du visage ; 10) forme de l'oreille ; 11) forme des mains et des ongles ;

12) taille.

D. Ces schémas peuvent être étendus à l'infini :

13) État mental, scolarité, caractère, talent.

14) Maladies et monstruosité.

15) Particularités à la base de méthodes spéciales de recherche :

— empreintes digitales ;

— comparaison microscopique des cheveux ;

— réfraction des yeux ;

— groupes sanguins ;

— encéphalographies.

(2) APERT. — *Les jumeaux*, Paris, 1923.

\*  
\* \*

## ORIGINE DES GROSSESSES GÉMELLAIRES

A. LA GROSSESSE BIOVULAIRE. — On a invoqué plusieurs hypothèses pour expliquer le fait de la fécondation de deux ovules :

pour PATELLANI : retour à un état atavique ;

pour PUECH : Développement considérable des ovaires ;

pour APERT : Hyper-ovarie.

DAVENPORT, avec beaucoup d'auteurs modernes croit que 5 à 10 % des ovulations seraient doubles. De là la théorie de la super-fécondation. La super-fétation ou fécondation d'ovules à plusieurs semaines ou plusieurs mois d'intervalle, est par contre très controversée et elle ne serait vérifiée que si le développement du corps jaune de la grossesse ne s'opposait point à l'ovulation. Le problème de la super-fétation est donc loin d'être résolu.

B. LES GROSSESSES UNIOVULAIRES dues à la fécondation *d'un seul ovule donnent naissance à des jumeaux identiques, du même sexe.*

Ici encore, de nombreuses explications de ce fait ont été données. Actuellement s'opposent les deux suivantes :

1<sup>o</sup> LA CONCEPTION DE BROMANN attribuant la grossesse uniovulaire à l'action d'un spermatozoïde à deux paires de centrosomes. Cette conception aurait en sa faveur le fait que ces sortes de spermatozoïdes sont plus fréquentes chez les syphilitiques et que ces sujets ont une tendance plus marquée que les individus sains à engendrer des jumeaux uniovulaires. Mais elle n'est pas prouvée.

2<sup>o</sup> LA THÉORIE SOUTENUE PAR FERNANDEZ, SOBOTTA ET NEWMANN, qui attribue les gémellaires uniovulaires à la segmentation anormale à l'époque blastomérique, ou, à l'époque embryonnaire, d'un ovule normal, fécondé par un spermatozoïde normal.

« On se demande pourquoi certains œufs jouissent de cette singulière propriété de se segmenter » (M. FAVREAU et S. BEU-ROIS (1)).

Dans l'étude des psychoses gémellaires, nous distinguerons toutes les fois que cela sera possible les psychoses gémellaires survenant chez les jumeaux biovulaires ou jumeaux fraternels,

(1) M. FAVREAU et S. BEU-ROIS. — *Les Grossesses gémellaires*, Paris, 1933, Norbert Maloine.

de même sexe ou de sexes différents, des psychoses gemellaires survenant chez les jumeaux uniovulaires ou jumeaux vrais, toujours de même sexe.

## PSYCHOLOGIE DES JUMEAUX

Un certain nombre de postulats se dégagent des différents travaux relatifs à l'étude de la psychologie des jumeaux.

La majorité attribuent aux liens et à l'organisation de la vie intérieure des jumeaux, à l'ensemble du monde subjectif qui leur est propre une valeur différente de ceux des individus nés d'une grossesse normale. Pourvu d'une hérédité *a priori* égale, les jumeaux univitellins ont été suivis, étudiés, après avoir été élevés séparés l'un de l'autre, afin de voir dans quelle mesure l'hérédité se manifeste en des circonstances extérieures différentes. Le comportement individuel de chaque élément du couple gemellaire a été estimé par la méthode des Tests. Cette méthode permet aussi d'envisager le comportement du couple.

### LA MÉTHODE DES TESTS APPLIQUÉE AUX JUMEAUX

Les premiers examens consistèrent en une série de Tests dévolus à tel ou tel composant du fond mental ; ainsi apparurent des études sur :

L'intelligence (Test STANFORD, BINET, OTIS).

La personnalité (Test de personnalité, examen graphologique).

Le sentiment esthétique (Recherches de NEWMANN).

L'affectivité (Test de DECROLY, Test de réaction émotionnelle de PRESSEY).

Les Notes de classe.

La Mémoire visuelle.

Le Temps psychique.

Les expériences de ROHRSCARCH.

Chacune de ces méthodes d'examen au début pratiquées isolément est devenue actuellement une simple partie de l'examen complet du couple gemellaire. Nous n'insisterons pas sur les Tests de STANFORD BINET, OTIS, le Test de la personnalité, la méthode graphologique de HARTGE, le Test de réaction émotionnelle de PRESSEY. Par contre, nous reviendrons brièvement sur :

1<sup>o</sup> Le Test de NEWMANN (sentiment esthétique).

2<sup>o</sup> Le Test de comportement.

3<sup>o</sup> Les Tests psycho-moteurs d'OSERETZKI.

4<sup>o</sup> Les examens de ROHRSCARCH.

5<sup>o</sup> Les recherches concernant la mémoire visuelle.

1<sup>o</sup> Les Tests de NEWMANN permettent d'apprécier l'influence des facteurs du milieu et la mutabilité de certaines qualités telles que le sens de la beauté, de l'esthétique. Ils consistent en disposition d'objets, d'images ; en étude : de la réaction à des scènes grotesques, en étude de la description d'images.

2<sup>o</sup> Le comportement de chaque jumeau peut être évalué par la méthode de KOHN dont le test le plus curieux est celui des histoires non terminées.

3<sup>o</sup> Le test de psycho-motilité de OSERETZKI est calqué en son principe sur les tests BINET-SIMON. Un enfant normalement doué du point de vue moteur doit répondre aux tests de son âge et on peut évaluer le niveau moteur tout comme le niveau mental dans les tests de BINET-SIMON.

4<sup>o</sup> Les expériences de ROHRSCACH reposent sur l'interprétation de taches quelconques (tache d'encre), en général on utilise les planches originales de ROHRSCACH, interprétées d'abord dans leur ensemble, puis dans leurs détails.

Les notes de classe produisent un élément d'appréciation important si on se dégage de ce qu'elles peuvent avoir d'arbitraire ou d'artificiel dans l'appréciation des fonctions intellectuelles.

Les tests d'étude de la mémoire visuelle peuvent avoir recours à un outillage très varié, en général l'enfant examine une série de figures géométriques simples, douze figures par exemple comme le fait STERN, montrée pendant trente secondes. Soit aussitôt après, soit au bout de cinq ou dix minutes, il étudie un tableau sur lequel sont représentés quarante figures parmi lesquelles, les douze figures montrées tout d'abord. On demande à l'enfant de les retrouver. Dans une autre série d'expériences l'enfant doit dessiner les figures de mémoire et autant que possible dans l'ordre donné. On peut étendre le mode d'examen à l'infini, modifier le test à faire preuve d'originalité (en d'étroites limites d'ailleurs).

Le temps psychique : l'enfant bat la mesure suivant un rythme personnel, choisi par lui, du doigt ou de la main, à la vitesse qu'il veut. On peut examiner la manière de battre la mesure à l'aide

d'un stylet ou d'un tambour enregistreur ; la régularité du rythme de l'enfant peut être ainsi appréciée.

Pratiqués sur chaque élément du couple jumeulaire séparé lors de l'examen, ou simultanément sur les deux éléments du couple, ces tests s'adressent aussi bien à des jumeaux élevés ensemble qu'à des jumeaux élevés séparément, en ce dernier cas l'action en principe différente du milieu peut se traduire par des réponses différentes.

Cette méthode d'examen s'applique aussi bien aux jumeaux univitellins qu'aux jumeaux bivitellins (élevés ensemble ou séparément).

### *Les Résultats*

1) RÉSULTATS GLOBAUX. — *Chez les univitellins* concordance extrême des réponses.

*Chez les bivitellins* : nombreuses discordances des réponses. Par là, la méthode des tests complète pour nous les critères d'identité de SIEMENS.

2) DÉTAILS DES RÉSULTATS CHEZ LES UNIVITELLINS. — Les analogies ou les différences des réponses de chaque élément sont-elles les mêmes dans les diverses épreuves d'un test ? Il semble que les jumeaux puissent résoudre différemment quelques épreuves alors que l'examen de l'ensemble des réponses témoigne d'une grande analogie. L'étude de ces différences, au demeurant minimales à l'intérieur de chaque série de test permet de déceler l'individualité de chaque jumeau. Les tests mesure de l'intelligence témoignent presque toujours d'une grande concordance, alors que des différences peuvent souvent être relevées dans les tests de la personnalité (souvent par la méthode graphologique). Par la méthode de NEWMANN on obtient un aperçu de la mutabilité de certaines qualités telles que le sens de la beauté. NEWMANN par ses études sur les jumeaux élevés séparément tend à montrer que les facteurs de disposition pour les formes se révèlent les moins influencés par le sort et l'éducation. Les influences spécifiques de causes physiologiques sur l'évolution de l'esprit, le caractère et l'affectivité dans son ensemble sont plus nettes ainsi que la signification des gros facteurs du milieu que sur l'ensemble de l'intelligence ; en témoigne d'ailleurs une étude de SEGERS sur des jumeaux élevés ensemble, et une étude de JAUREK sur des jumeaux élevés séparément.

SEGERS (*Journal Belge de Neurologie et Psychiatrie*, 1934, p. 335) soumit un couple de jumeaux normaux âgés de 12 ans aux différents tests : BINET-SIMON, VERMELYN et au questionnaire de DECROLY au point de vue affectivité. Les conclusions de SEGERS furent pour ces jumeaux normaux : « développement intellectuel global presque identique, au-dessous du niveau mental de leur âge et le retard est de 2 ans environ (échelle de TERMANN, quotients 80 à 90 : lenteur d'esprit, rarement assimilable à la débilité) ». Jumeaux analogues physiquement et intellectuellement, identité affective *d'ensemble*, une étude plus poussée montre une identité beaucoup moins absolue que pour les caractères intellectuels.

Une étude analogue de JAUREK Robert sur des jumeaux élevés *séparément* le conduit aux mêmes résultats. Utilisant les tests, cet auteur conclut que « les réponses de jumeaux à l'égard des tests variés de personnalité, diffèrent distinctement surtout quand la qualité de leurs réactions est prise en considérations; l'un paraissait plus expansif et plus sociable, mieux adapté, plus assuré et assez indépendant ; l'autre moins expansif, un peu renfermé, moins bien adapté. Cependant, ces différences sont plus des différences de degré que des différences d'espèces ; et on peut être fondé à admettre qu'il y a quelque similitude dans la constitution mentale des jumeaux. Mais on ne saurait dire jusqu'à quel point l'hérédité en est responsable ; bien que séparé ces milieux n'étaient pas après tout si différents.

L'examen graphologique témoigne plus d'une différence d'espèce que d'une différence de degré dans la personnalité des jumeaux. Peut-être les tests de personnalité, comme ils sont généralement utilisés ne sont-ils pas assez fins pour apprécier des variations émotionnelles très petites, la majorité des tests traduit une réaction consciente alors que l'écriture est une réaction de nature spontanée, subconsciente, une sorte de libre enregistrement inconsciemment produit.

DANS L'ENSEMBLE : Il y a une plus grande ressemblance dans les éléments intellectuels que dans les éléments émotionnels.

L'examen des notes de classe permet de relever des différences dans le travail de classe, souvent même une différence d'une année, des différences d'aptitudes (STERN).

De même l'examen de la mémoire visuelle indique de nombreuses différences (STERN).

### *Critiques à la méthode des tests appliqués aux jumeaux*

Cette méthode permet d'apprécier d'une façon globale la concordance des jumeaux univitellins, la discordance des jumeaux bivitellins ; son importance est donc primordiale. Cependant, lorsque nous voulons étudier les réactions au milieu d'un élément du couple gémellaire, cette méthode ne se révèle pas toujours suffisamment fine et souple. Sa valeur n'est pas supérieure à celle de l'observation courante, dès 1863, BAUME avait insisté sur la concordance psychique des jumeaux. C'est d'ailleurs une croyance populaire et sa valeur est surtout d'être un élément de plus à ajouter aux critères d'identité des jumeaux.

En ce qui concerne des jumeaux élevés séparément, il est souvent un peu illusoire de croire que les milieux dans lesquels ont vécu chaque jumeau soient extrêmement différents et il semble exceptionnel de rencontrer des jumeaux élevés en des milieux entièrement opposés. Pour apprécier des différences brusques de milieu, certains des tests employés manquent de finesse. Il faudrait créer des tests très particuliers, très précis, mais alors leur interprétation deviendrait par trop arbitraire.

Nous ne pensons pas qu'à l'heure actuelle cette méthode soit supérieure en ces résultats à ceux fournis par une enquête psychologique simple et classique (Observation personnelle n° 1).

### EUGÉNISME ET GÉMELLITÉ

Les études eugéniques sur les jumeaux reposent surtout sur les jumeaux univitellins, un postulat a été posé :

Les jumeaux univitellins ont un égal potentiel héréditaire, il en découle deux autres idées directrices : 1) Dans un milieu identique les éléments du couple gémellaire auront les mêmes réactions. 2) Un milieu différent pour chaque élément entraînera des réactions différentes. De multiples travaux confirmèrent à l'étranger diverses conceptions. Aux États-Unis en particulier, ROSANOFF et ses élèves, confirmèrent par là leurs opinion hygiéno-raciale, en Allemagne les disciples de RUDIN leurs conclusions politico-raciales. Ce postulat abondamment exploité (cf. Bibliographie) n'entraîne pas la conviction d'un esprit non prévenu.

A cette conviction essentielle nous opposerons le grand nombre

d'étiologies invoquées en faveur de la gémellité univitelline :

a) *Pour Broman* elle serait le fait d'une tare du père, la  $\Sigma$  par exemple, cette affection entraînant l'apparition de spermatozoïdes à deux paires de centrosomes (mais des individus sains peuvent présenter des spermatozoïdes à plusieurs paires de centrosomes).

b) *Pour Fernandez, Sobotta, Newmann* : l'univitellinité gémellaire serait la transposition à l'homme d'un phénomène normal chez l'animal. Y a-t-il là une tare ?

Nous pouvons seulement reconnaître une valeur pathologique aux faits correspondants à la théorie de BROMAN.

En ce qui concerne les jumeaux atteints de troubles mentaux, nous ferons remarquer que la seule certitude d'univitellinité : le résultat de l'examen de l'arrière-faix manque dans la grande majorité des cas. On est obligé de recourir aux critères de SIEMENS, mais ils présentent des exceptions. Telle celle rapportée dans l'article de Jen. Ch. SMITH, où se trouve décrit un couple de bivitellins très ressemblants, un couple de monovitellins peu ressemblants, « dissemblance frappante », écrit même l'auteur à propos de ces derniers. De plus, les examens sont essentiellement fonction de l'observateur.

A l'heure actuelle les études eugéniques sur les jumeaux semblent marquer le pas. Cela d'ailleurs a été excellemment traduit par CREIL A. dans son étude sur la crise dans les études sur les jumeaux. Nous citons quelques critiques :

« Les jumeaux uniovulaires représenteraient une variation d'intérêt minime (anomalie de la cavité amniotique). La variation de la cavité amniotique conditionne l'importance réciproque des jumeaux, tels les jumeaux inégaux, les jumeaux épigastriques et les siamois de diverses sortes. Si la division amniotique est égale nous avons une multiplication normale uniovulaire allant des jumeaux aux quadruplètes. Ces pluri-fœtus ont tous en commun le chorion, le sac vitellin, le placenta, mais ils ont des cavités amniotiques différents confondues parfois en une seule. Si on accepte cette explication les jumeaux uniovulaires et les quadruplètes ne tirent pas leur origine de la division accidentelle de l'œuf lui-même en 2 ou 4 cellules. La formation de jumeaux ne résulte pas de la scissiparité.

Des jumeaux uniovulaires ne ressemblent en aucune façon à des parties séparées d'un seul fœtus. La symétrie pathologique dans le fœtus unique aussi bien que chez les jumeaux uniovulaires n'est

pas déterminée par le génotype nucléaire, toutes ces discordances se développent de façon épigénétiques, c'est-à-dire en fonction du milieu.

A partir d'un matériel cellulaire absolument homogénitique et génotypique, les influences prénatales de milieu sont de plus grand sens que les influences post-natales, conséquences des facteurs externes, puisqu'il n'y a pas de jumeaux uniovulaires bichorioniques. Il faut ajouter au problème de leur discordance due au milieu le problème de la concordance des jumeaux biovulaires. Tout ce qui peut influencer la mère pendant la grossesse peut influencer le milieu prénatal et modifier par suite les tendances héréditaires dont la signification est grandement réduite.

Parmi les facteurs prénataux du milieu peuvent être mentionnés une distribution particulière du sang à travers la veine ombilicale aussi bien que les toxines de la grossesse exacerbées de mois en mois et qui conduisent à des modifications correspondantes dans la cellule et l'histobiologie ».

Cette nouvelle conception, si elle est acceptée ne peut manquer d'influencer l'idéologie racio-hygiénique et même politico raciale. Bien plus, il est permis à chacun d'entrevoir dans un lointain avenir la possibilité d'intervention thérapeutique et formative dans les processus intra-utérins ».

Nous croyons pouvoir rattacher à ces remarques de CREIL quelques notes sur la complexité générale du problème eugénique.

#### COMPLEXITÉ DU PROBLÈME EUGÉNIQUE

Dans les travaux Américains, les lois Mendéléennes ont été appliquées à l'homme depuis les ouvrages de Morgan.

Ces lois traduisent la variation d'un caractère animal arbitrairement choisi dans une espèce donnée, caractère dont la variation peut être spécifique et indépendante des autres éléments propres à cet animal.

De plus : « On ne sait jamais, avant d'avoir fait l'expérience, « si tel caractère extérieur qui est un élément de description, qui « tombe sous le coup des sens, jouit en quelque sorte du privilège « de mandéliser » (BOVEN).

La transposition de ces lois à l'homme n'a pu être faite que d'une manière hypothétique, transposée encore hypothétiquement à

L'homme l'application de cette hypothèse a conduit ROSANOFF à bâtir d'autres théories en ce qui concerne les psychoses gémellaires et l'exemple en est : sa conclusion hypothétique de l'étude des syndromes maniaques dépressifs chez les jumeaux.

En ce qui concerne l'établissement empirique de formules représentatives des divers troubles héréditaires, nous croyons qu'il est toujours possible de créer une formule représentant un état donné et les variations de cet état, mais cela n'a que la valeur d'une image commode, représentative des phénomènes en cause, sans plus.

Les travaux allemands, attribuent à la majorité des psychoses gémellaires une origine héréditaire constatée empiriquement. Nous ne pouvons que remarquer « une coïncidence très intéressante ».

Nous avons rencontré dans le cours de nos recherches une publication de frères jumeaux paralytique généraux (1). Il est probable que des recherches poussées en ce sens, permettraient de trouver d'autres cas semblables. Les auteurs n'ont cependant pas cru pouvoir faire de la paralysie générale une maladie strictement héréditaire.

Au terme de nos remarques sur les travaux d'eugénisme nous ne pouvons que faire une critique générale valable pour la majorité des travaux eugéniques sur les psychoses gémellaires.

Les conceptions allemandes et américaines ne sont qu'actuellement hypothèses et non vérités scientifiques.

« *La seule preuve qu'un phénomène joue un rôle de cause par rapport à un autre, c'est qu'en supprimant le premier, on fait cesser le second.* »

Cette preuve sera peut-être fournie par les résultats de la loi allemande « Loi préventive de tares héréditaires » : promulguée le 14 juillet 1933.

(1) MARIE et BAGENOFF.

« Ainsi ont péri deux frères jumeaux ; leur folie développée à la suite de la même cause, a présenté à peu près les mêmes particularités, a surgi à la même heure et se serait, à l'insu des deux aliénés, terminée par le même genre de suicide, au même endroit, si l'un des deux n'en eût été empêché par une circonstance indépendante de sa volonté. »

BAUMÉ : De la Folie gémellaire.

(*Ann. Médico - Psychologiques*,  
1863).

## PSYCHOPATHOLOGIE GEMELLAIRE

Depuis les premiers travaux de SCHUTZ, de MOREAU (de Tours), l'étude des psychoses gemellaires a attiré de nombreux auteurs ; longtemps conduites sous les données classiques de BALL, la conception des psychoses gemellaires a évolué sous l'influence des notions plus précises de la gemellité et de l'eugénique.

L'historique des diverses conceptions des psychoses gemellaires nous permet de distinguer trois périodes.

1<sup>o</sup> Une première période où la conception classique de BALL domine toute leur étude.

2<sup>o</sup> Une période où les critiques de cette conception vont jusqu'à nier l'existence des psychoses gemellaires.

3<sup>o</sup> Une période moderne, où la connaissance des différents facteurs de la gemellité, les conceptions de l'eugénisme et de l'hérédité permettent de voir les psychoses gemellaires sous un jour nouveau et discutable.

*Nous allons étudier successivement :*

1<sup>o</sup> L'élaboration de la conception classique.

2<sup>o</sup> La conception classique.

3<sup>o</sup> Les critiques de la conception classique.

### 1<sup>o</sup> ÉLABORATION DE LA CONCEPTION CLASSIQUE

« ... La folie gemellaire où les jumeaux sont pris du même trouble mental, au même âge, sans qu'il y ait contagion. »

(CHASLIN).

En 1812, Benjamin RUSH, décrit chez deux jumeaux (probablement univitellins) une psychose maniaque dépressive, apparue

bien qu'ils fussent séparés, d'évolution parallèle, à état mélancolique terminal et suicide de l'un et de l'autre à deux ans d'intervalle.

Notons l'existence d'états dépressifs chez leur mère et deux sœurs.

MOREAU (de Tours) : *La Psychologie morbide*.

« Deux frères jumeaux atteints de monomanie :

Leur mère a été folle, une tante maternelle est à la Salpêtrière. »

Ici encore : probabilité d'univitelité. Moralement, la ressemblance n'est pas moins complète et présente les particularités les plus remarquables.

« Les idées dominantes sont absolument les mêmes, tous les deux  
« se croient en butte à des persécutions imaginaires, les mêmes  
« ennemis ont juré leur perte et emploient les mêmes moyens pour  
« arriver à leurs fins. Tous les deux ont des hallucinations de  
« l'ouïe. Tristes et moroses, ils n'adressent jamais à la parole à qui  
« que ce soit et ne répondent qu'avec peine aux questions qu'on  
« leur adresse. Ils se tiennent toujours à l'écart et ne communi-  
« quent jamais entre eux. Un fait extrêmement curieux et qui a  
« été nombre de fois constaté par les Surveillants de la Section et  
« par moi-même est celui-ci : De temps à autre et à des intervalles  
« très réguliers de deux, trois ou plusieurs mois, sans cause appré-  
« ciable et sur un effet tout spontané de la maladie, il survient un  
« effet très marqué dans la situation des deux frères : tous les  
« deux, à la même époque et souvent le même jour, sortent de leur  
« état de prostration habituelle. Ils font entendre les mêmes  
« plaintes et viennent d'eux-mêmes prier instamment le médecin  
« de leur rendre la liberté. »

« J'ai vu se produire ce fait quelque peu étrange alors même  
« qu'ils étaient séparés l'un de l'autre par plusieurs kilomètres de  
« distance ; l'un était à Bicêtre, l'autre à la ferme de Sainte-Anne. »

De cette observation se dégage l'identité « morphologique » et psychique des deux frères, l'identité de l'affection psychiatrique même dans ses modalités les plus mystérieuses. »

Notons l'évolution parallèle des troubles, même lorsqu'ils sont séparés.

CLIFFORD GILL (en 1883) rapporte l'observation d'une excitation maniaque chez deux sœurs jumelles. il y a identité d'affection, parallélisme des troubles ; notons chez l'une, des idées érotiques, chez l'autre des idées mystiques.

SAVAGE, en 1883, 2 observations : l'une de psychose semblable (mélancolie stuporeuse) ; l'autre d'affection dissemblable (Psychose et Epilepsie).

FLINTOFF MICKLE, en 1883, une imbécillité gémellaire dans une famille où la mère et un frère sont aliénés. De ces cinq observations se dégagent donc l'identité, tant morphologique que psychique des jumeaux atteints, l'identité de l'affection, même chez des jumeaux vivant séparés. Ce sont ces points que BALL développe dans son article de l'*Encéphale* de 1884 lorsqu'il posera l'entité clinique : « La Folie gémellaire ».

Notons cependant que BALL ainsi que ses prédécesseurs s'attachent surtout au côté mystérieux de la chose :

- Identité morphologique ;
- Identité psychique ;
- Simultanéité des accidents ;

alors qu'ils laissent partiellement dans l'ombre tous les facteurs familiaux ou héréditaires qu'ils signalent.

## 2<sup>o</sup> LA CONCEPTION CLASSIQUE. BALL, 1884.

L'ancien interne de MOREAU (de Tours) individualise une entité clinique qu'il oppose aux folies communiquées et aux psychoses familiales : « La Folie Gémellaire ».

« Par « Folie gémellaire », j'entends spécialement l'aliénation mentale se développant dans des conditions propres aux jumeaux et caractérisée par ces trois termes :

- « Simultanéité dans l'explosion des accidents. »
- « Parallélisme des conceptions délirantes et des autres troubles psychologiques. »
- « Spontanéité du délire chez chacun des deux individus qui se trouvent atteints. »

C'est la conception classique ; nous verrons ultérieurement les critiques dont elle fut l'objet et si ses caractères principaux sont bien particuliers aux jumeaux. BALL relève : « Il est des malades dont la généalogie paraît absolument irréprochable au point de vue aliénation mentale, l'influence qu'ils exercent l'un sur l'autre est des plus évidente au point de vue moral, presque toujours le contact des deux individus a exercé de part et d'autre une influence extrêmement nuisible. »

« L'Hérédité domine la question toute entière : la folie chez les

« jumeaux n'est que la manifestation la plus élevée et la plus  
« éclatante de cette forme qui pétrit à son gré la matière vivante  
« et qui domine dans son ensemble toute la série des êtres or-  
« ganisés. »

Avec BALL s'établit la conception française des psychoses gé-  
mellaires, conception qui demeurera classique pendant de longues  
années et ne sera remaniée que par des auteurs modernes et  
étrangers pour la plupart. En 1884, où les notions concernant la  
gemellité et la génétique paraissent extrêmement frustres, BALL  
distingue les cas de psychose gémellaire sans appoint d'aliéna-  
tion mentale familiale des cas où les facteurs héréditaires entrent  
en jeu.

Il ne pouvait être question à cette époque de distinguer les  
jumeaux vrais des jumeaux fraternels, cependant la précision des  
observations nous permettra de retrouver avec de fortes chances  
d'exactitude pour notre étude des psychoses gémellaires, les psy-  
choses concernant les jumeaux univitellins et les psychoses con-  
cernant les jumeaux bivitellins.

Après l'article de BALL, la majorité des publications de psy-  
choses gémellaires demeurent dans l'esprit de cette conception  
classique, jusqu'en 1900, où SOUKHANOFF publie une revue cri-  
tique.

DOWAL, en 1884, publie l'observation d'une débilité gémellaire  
chez deux jumeaux dont la mère était aliénée. L'auteur ne signale  
pas d'autres troubles familiaux. Cette débilité s'accompagnait  
d'hallucinations, d'idées de persécution avec réactions agressives.  
Chez tous deux on notait une asymétrie du crâne et un goitre.

CHATELAIN, la même année, signale deux jumelles mélanco-  
liques dont l'évolution de la maladie fut conforme à la définition  
classique. L'Hérédité n'est point précisée dans cette observation.

HASSE, en 1887, rapporte l'observation de deux jumelles mélan-  
coliques ; nées d'une mère mélancolique, ces deux jumelles pré-  
sentaient de plus des hallucinations survenues sur un terrain hys-  
térique. L'auteur insiste sur la similitude du tableau clinique.

SCHUTZ, la même année, publie deux observations de psychose  
gémellaire ; l'une de psychose circulaire dont l'hérédité n'est pas  
signalée, à début non simultané, d'accès non coïncidant, il rejette  
à leur propos l'hypothèse d'une folie induite.

La deuxième observation ne précise pas, elle non plus, l'hérédité,  
c'est chez les deux malades un délire systématique débutant à des

époques différentes. Pour l'auteur, là encore, il n'y a pas lieu de songer à l'hypothèse d'une folie induite, puisque l'affection débute chez l'une deux ans après l'internement de sa sœur.

WENDT signale une manie gémellaire, un délire hallucinatoire chez deux jumeaux dont les parents sont aliénés. Le début, là encore, survient à des époques différentes. Pour EUPHRAT, l'apparition successive d'une paranoïa hallucinatoire érotique, survenue à deux ans d'intervalle chez deux sœurs, réalise un tableau de folie induite. Cet auteur signale l'absence de ressemblance marquée chez les deux sœurs, tant physique que psychique, une grosse différence d'intelligence ; le père de ces malades est un alcoolique, mort d'une crise de « delirium tremens ». MORAVESICK rapporte une belle observation de manie gémellaire, d'apparition brusque, simultanée. Là encore, signalons un père alcoolique mort apoplectique, et, du côté maternel, une tante aliénée. OSTERMAYER présente une observation de folie induite chez deux jumeaux dont le père souffre d'une paralysie agitante. Tous deux avaient un délire de persécution avec différentes sensations fausses. L'un d'eux eut en outre un état d'excitation. VAN DEVENTER : Chez deux jumelles qui vivaient presque séparées, de caractère très différent, se développent des idées délirantes de persécution à caractère érotique et des sensations génitales fausses. Dans une deuxième observation, Van DEVENTER cite un cas de microcéphalie gémellaire. MARRO, 1893. Observation 1. Le début est simultané, les deux jumelles sont atteintes de P. M. D. Le père est alcoolique. Observation 2. Il n'y a pas de diagnostic défini par l'auteur.

L'hérédité est très chargée, les deux malades ont un penchant au suicide très net.

Si nous acceptons les observations de SCHUTZ, celle d'EUPHRAT et d'OSTERMAYER, nous nous trouvons en présence du tableau clinique analogue à celui défini par BALL. Pour SOUKHANOFF : « On n'a presque pas observé de pleine coïncidence de psychose chez l'un et l'autre jumeau. La maladie se manifestait la plupart du temps lorsque les jumeaux vivaient ensemble ; c'est pour cette raison que dans certaines maladies psychiques aiguës, il est difficile de nier totalement la supposition d'une folie à deux. Pour lui, seuls les cas de BALL, MOREAU (de Tours), FLINTOFF-MICKLE, DOWALL, SCHUTZ, seraient des folies gémellaires vraies. Il se livre à une critique de l'homochronie dans la psychose gémellaire sui-

vant BALL. Nous reviendrons nous-même sur ce point, ultérieurement. Terminant sa revue générale et ses critiques de la conception de BALL, SOUKHANOFF apporte une observation personnelle, très intéressante : celle d'une D. P. gémellaire. Parmi les facteurs héréditaires soulignons différents éléments susceptibles d'avoir joué un rôle dans la genèse de cette gémellité : du côté paternel, les parents sont diabétiques ; du côté maternel : deux suicides. Les deux frères jumeaux ont un père diabétique. Du tableau clinique, nous pouvons extraire quelques différences entre les deux frères :

A) est atteint de perversion sexuelle. Présente des idées mégalomaniaques.

B) est porteur d'une tuberculose du testicule. Son comportement est moins emphatique. Notons l'absence chez celui-ci d'idées mégalomaniaques.

L'auteur termine par une phrase sur l'importance de l'hérédité.

Après le travail de SOUKHANOFF, la plupart des auteurs vont s'attacher à montrer la trop grande rigueur des principaux éléments de la Folie gémellaire selon BALL et ce jusqu'au moment où les notions nouvelles de la génétique et de l'hérédité apparaîtront. Ces critiques porteront d'une manière plus ou moins directe sur le côté à la fois mystérieux et merveilleux que BALL se plaisait à reconnaître aux psychoses gémellaires. Nous allons passer en revue ces critiques avant d'aborder les publications récentes des Psychoses gémellaires.

En 1901, CULLERRE publie un article concernant les psychoses gémellaires, beaucoup plus personnel que la revue générale de SOUKHANOFF. Cet auteur présente plusieurs observations de psychoses chez des jumeaux, dont deux très belles que nous utiliserons dans le cours de notre travail.

Pour CULLERRE, la folie chez les jumeaux répond à trois caractères :

1<sup>o</sup> Simultanéité dans l'éclosion et parallélisme au moins partiel des symptômes psychiques ; 2<sup>o</sup> Cours analogue de la maladie et terminaison identique ; 3<sup>o</sup> Origine spontanée du mal évoluant sur un même fond organique.

« Ces conditions nous amènent à voir dans la folie gémellaire  
« un rameau de la folie des dégénérés et c'est en effet ce que dé-  
« montre l'observation. L'apparition simultanée des troubles  
« intellectuels, leur polymorphisme, leur évolution fréquente dans

« le sens de la D. P. sont autant de signes qui révèlent la tare  
« dégénérative. La gémellité paraît être, au moins dans certains  
« cas, un mode inférieur de la génération. »

« Hérédo-tuberculose, hérédo-syphilis, intoxication des pa-  
« rents au moment de la conception, ce sont là les facteurs les plus  
« énergiques des psychoses précoces ou constitutionnelles, groupe  
« auquel appartient précisément la folie gémellaire. Dans la ma-  
« jorité des cas, à ces facteurs déjà suffisants par eux-mêmes, il  
« faut ajouter l'hérédité, leur action est d'autant plus énergique  
« qu'ils agissent sur un terrain contaminé par l'hérédité psycho-  
« pathique. »

CULLERRE semble poser là le problème d'une façon nouvelle et  
c'est généralement à ce point de vue que se placent les différentes  
publications françaises. Cette conception paraît correspondre à  
l'observation des faits sans vue théorique et par là s'oppose aux  
conceptions actuelles, fortement hypothétiques, de règle à l'étran-  
ger ; nous reviendrons sur ce point lorsque nous traiterons des  
publications modernes.

« Les jumeaux qui, du fait même de leur naissance sont souvent  
« des tarés, sont, de plus, des héréditaires. »

« A part les cas de psychose gémellaire vraie, on rencontre  
« souvent la folie chez un jumeau seul, soit que l'un d'entre eux  
« ait échappé par un hasard heureux à la tare familiale, soit bien  
« plutôt qu'elle se révèle chez lui sous une autre forme, soit encore  
« que l'autre jumeau ait succombé prématurément à une maladie  
« de l'enfance. »

CULLERRE rapporte huit cas de psychose chez des jumeaux, ne  
cadrant pas dans la définition classique, ce qui n'aurait pas surpris  
l'auteur s'il avait pu connaître l'existence des jumeaux bivitellins  
et univitellins.

En ses conclusions, l'auteur distingue :

1<sup>o</sup> Des cas où un facteur de dégénérescence donne des troubles  
psychiques de catégorie inférieure ;

2<sup>o</sup> Des cas où une hérédité accumulée provoque des formes  
psychiques supérieures, telles : un délire systématisé, une excen-  
tricité d'esprit, une folie progressive, la conception de BALL n'est  
qu'« une assertion qui flatte l'appétit du merveilleux » elle est en  
somme inexacte et contraire à l'observation. En réalité, chaque  
jumeau garderait sa personnalité propre, même dans la maladie  
(nous verrons dans quelles limites). Une réelle différence existe,

tant au physique qu'au moral chez les monstres doubles : Les « Frères Siamois, Millie-Christine, Ritta-Christine. Au cours de la « vie intra-utérine, une différence existe, elle se manifeste sous la « forme d'une différence de poids à la naissance. Les recherches « actuelles nous montrent la vérité de cette assertion de CULLERRE.

Pour cet auteur, « la clinique enseigne l'existence de la folie « gémellaire avec ses caractères de concordance, sinon d'identité. « -- Pas plus au point de vue pathologique que physiologique, il « n'y a d'identité chez les jumeaux. Il n'y a que des ressemblances, « dont la somme, dans une foule de cas compense à peine ou même « ne compense pas celle des différences.

Pour MARANDON DE MONTYEL, TISSOT (1909), il existe une folie gémellaire vraie, celle qui répond à la définition de BALL, qui existe sur un fond dégénératif, sans autre raison que de satisfaire à l'échéance inéluctable d'un déterminisme mystérieux et fatal. Ces auteurs distinguent les psychoses banalement survenues chez des jumeaux en dehors de toute condition inhérente à la gémellité, et les cas beaucoup plus rares (très rares même) qui tirent de cette particularité un cachet tout spécial. L'aliénation mentale est fonction de l'hérédité qu'ils supportent. Pour TISSOT, chez les jumeaux, dont il est rare que l'un ne l'emporte pas sur l'autre par sa force ou par sa valeur, on conçoit qu'il s'établisse tout naturellement et par un accord tacite, par analogie avec ce qui se passe dans les psychoses communiquées, une différence au profit du mieux doué qui fait que le plus faible s'adapte à son dirigeant, se modèle sur lui, comme par un phénomène de mimétisme physique et moral. SOUKHANOFF (1912) soutient une opinion contraire et il semblerait que celle-ci doive prévaloir.

La folie gémellaire comprise à la façon de BALL se rencontre très rarement. Les manifestations individuelles externes de la psychose ne sont pas identiques, mais seulement ressemblantes. MARANDON DE MONTYEL soutenait le point de vue de BALL, et la majorité des cliniciens pensait, cependant, qu'il n'y a point de psychose gémellaire. MARRO remarque très justement que des troubles superposables pouvaient se rapporter à des organisations identiques. JUDINE montre l'unité neurologique des psychoses des frères et des sœurs. De plus, il existerait entre elle *des traits de ressemblance qui seraient les caractères de la soi-disant psychose gémellaire*. La présence, chez les jumeaux, de psychoses familiales ne présente rien d'étonnant, ni d'inattendu.

Pour DEMAY « les psychoses jumeillaires ne se différencient nullement des psychoses fraternelles ordinaires. Il n'existe pas de type « spécial de psychose se développant exclusivement chez les « jumeaux. Ces psychoses sont les mêmes que celles qui se développent chez les individus isolés. D'autre part, de même que « nous l'avons fait pour les psychoses familiales, on pourrait ici, « distinguer les cas où s'exerce une action contagionnante de ceux « où la psychose apparaît chez les sujets soustraits à toute influence réciproque. Il n'y a donc aucune raison de faire pour les « psychoses chez les jumeaux une classe à part : il n'y a pas une « folie jumeillaire, mais des folies jumeillaires et elles doivent rentrer dans le cadre des folies familiales. La folie jumeillaire « n'existe donc pas en tant que maladie autonome. »

L'opinion de M. DEMAY termine la discussion de la conception classique de BALL. Les travaux ultérieurs étudieront les psychoses jumeillaires (ou mieux : les troubles mentaux chez les jumeaux) en fonction des notions admises sur la jumeillité, et les différentes hypothèses de la génétique. Cependant, nous trouverons encore des observations de psychoses jumeillaires mal dégagées de la conception classique, observations où la folie jumeillaire de BALL et les conceptions modernes de la jumeillité s'intriquent l'une l'autre.

Depuis la thèse de DEMAY et l'article de SOUKHANOFF dans les *Archives Internationales de neurologie* de 1912 sur la prétendue folie jumeillaire, la majorité des psychiatres semble s'être peu intéressée à ce genre de psychoses.

Il leur est arrivé, cependant, de se trouver en présence de cas tellement nets de psychoses jumeillaires au sens de BALL, que certains n'ont pu résister au désir de les publier et de chercher si ces cas typiques ne pourraient point entrer dans le cadre classique de la psychose jumeillaire ou tout au moins s'intégrer dans les théories en vogue sur la jumeillité et la contagion mentale.

Nous citerons parmi les plus importantes : l'observation de LEROY et SCHUTZENBERGER, LAIGNEL-LAVASTINE et BOUTET, de MARIE et VALENCE, de MARIE et EY, de MAYR et pour terminer avec les publications récentes, le cas cité par M. le Professeur CLAUDE dans son article sur la Psychopathologie collective (in *Progrès médical*, 1935).

Nous les résumerons en commençant par la belle observation de LEROY et SCHUTZENBERGER.

« Contribution à l'étude de la folie jumeillaire.

« Psychose maniaque dépressive chez deux sœurs jumelles. »

Cette observation signale avec une précision très nette, — c'est la première — l'hérédité de cette famille ; les auteurs la résument ainsi : Du côté paternel : 2 grossesses gémellaires, une épileptique. Du côté maternel : plusieurs fausses couches, dont deux gémellaires. Un suicide.

Nous ignorons les apports externes dus au mariage des tantes paternelles et maternelles, ceci serait intéressant du fait des nombreuses fausses couches, dont une gémellaire du côté d'une tante maternelle. Nous trouvons dans cette famille 5 grossesses gémellaires terminées par un avortement en deux cas, ceci pour trois générations. Ces auteurs n'ont pu, malheureusement, avoir de renseignements sur le délivre. Ils notent seulement une poche des eaux.

Les nombreuses fausses couches du côté maternel, dont deux gémellaires, entraînent les auteurs à soulever l'hypothèse d'une syphilis.

#### *Enfance des Jumelles : Louise et Marcelle.*

Premières dents, premiers mots : aucun renseignement ; marche à 14 mois. *Louise* urine au lit jusqu'à l'âge de 12 ans ; elle a présenté des convulsions cloniques jusque vers l'âge de deux ans.

MENSTRUATION : *Marcelle* : 12 ans 1/2. *Louise* : 12 ans et 8 mois.

SCOLARITÉ : Intelligence au-dessous de la moyenne. Débiles mentales. Suivent difficilement leurs camarades. *Marcelle*, seule, obtient le certificat d'études, après avoir suivi les cours du soir.

CARACTÈRES : *Louise*, plus difficile à élever, plus dure, plus nerveuse. Elle faisait faire des bêtises à sa sœur, dira la mère.

TRAVAIL : *Marcelle* : bonne ouvrière. *Louise* : mauvaise ouvrière.

MARIAGE : *Louise* se marie à 17 ans. *Marcelle* demeure célibataire.

*Observations de Marcelle* : 1<sup>o</sup> Premiers accès à l'âge de 25 ans, en 1911. 2<sup>o</sup> internement pour excitation maniaque, en 1922 ; 3<sup>o</sup> internement pour excitation maniaque : au moment de l'observation ; guérie.

*Observations de Louise* : A 12 ans : crise pithiatique. Simule une strangulation. Coquette, aime à attirer l'attention. Mariage à 17 ans : 1 enfant. Elle devient ensuite alcoolique avec son mari, alors que *Marcelle* demeure sobre. Un autre enfant meurt à 23 mois. 30 août 1923 : internée pour excitation maniaque.

MARIE ET VALENCE.

En 1927, présentent une psychose gémellaire homologue et homocrone. Cette observation répondrait et au type de folie gémellaire de BALL. et au type de folie simultanée de REGIS.

Les deux sœurs jumelles présentées sont caractérisées par un délire de persécution sur terrain d'évolution sénile.

1<sup>o</sup> *Blanche* : 73 ans, chemisière, a été internée avec le certificat suivant du Docteur de CLERAMBAULT le 16 octobre 1926 :

« Démence sénile, avec délire de préjudice et hallucinations auditives.  
« Sœur jumelle internée à 69 ans. »  
« Misère physiologique, sans troubles organiques apparents. B.-W.  
« négatif. Bonne circulation. Léger affaiblissement intellectuel, affectivité  
« diminuée, automatisme mental pauvre avec idées de persécution mal  
« systématisées, hallucinations auditives, fausse reconnaissance, incons-  
« cience de son état. idées érotiques absurdes. »

2<sup>o</sup> *Augustine* : Elle est internée le 24 février 1922 avec le certificat suivant du Docteur LOGRE : « Idées délirantes de préjudice : raconte des  
« viols, des complots. Interprétations morbides, fabulation, troubles  
« coenesthésiques. Modification du caractère ; disposition morose, irrita-  
« bilité. Réactions violentes, injures, tapage, possibilité d'affaiblissement  
« psychique. Ébauche de fausse reconnaissance, préoccupations hypo-  
« condriaques, hallucinations auditives. » Elle meurt d'un cancer de la vessie. Cette malade aurait eu trois grossesses gémellaires, une sœur aînée en aurait eu une. Mais les auteurs ne donnent pas d'autres renseignements sur l'hérédité familiale, sur la descendance possible, sur leur vie avant cette évolution sénile. Seulement, et le fait est d'importance, les deux sœurs ne s'étaient pas vues depuis 20 ans. Ce cas entre donc partiellement dans le cadre de la folie gémellaire de BALL. Cependant, il y a déjà une différence de 4 ans entre les deux internements.

« Débilité mentale gémellaire ». Tel est le titre de la présentation de MARIE et EY, en 1928.

Ce sont deux jumeaux. *Gilbert* et *Rolland* âgés de 6 ans au moment de l'observation. Parmi les antécédents : *Collatéraux* : une sœur âgée de 15 ans 1/2, bien portante, un frère âgé de 12 ans, en bonne santé, une fausse-couche de 6 semaines, un enfant de 9 ans en préventorium.

LA GESTATION des deux jumeaux a été caractérisée chez la mère par une crise de rhumatisme articulaire aigu, avec maladie mitrale consécutive, accidents gravido-cardiaques, des hémoptysies. Depuis la naissance des deux jumeaux, elle a avorté d'une grossesse également gémellaire (deux jumelles au 6<sup>e</sup> mois).

Les PARENTS : Il n'a pu être obtenu aucun renseignement.

1<sup>o</sup> *Gilbert* : présente un état convulsif vers l'âge de 9 mois. Marche à l'âge de 2 ans.

Cesse d'uriner au lit vers 4 ans. Docile, peu irritable, d'affectivité normale, il jouait avec des enfants plus jeunes. Certificat d'entrée : « Arriération mentale avec retard notable du développement intellectuel et physique : ne comprend rien, sait à peine parler, instable, turbulent, convulsions à 9 mois. État de débilité mentale gémellaire. Dans le service, son comportement est timide et timoré. Il joue avec son frère, se trouve bien de sa nouvelle situation. Il ne s'inquiète pas de l'éloignement de sa famille. Il comprend les ordres simples, nomme les objets usuels, connaît leur signification pratique. Langage : vocabulaire restreint. Ne sait pas compter. Ne désigne pas les couleurs. S'habille, mange convenablement. Contrôle sphinctérien bien établi. Pas de troubles moteurs. Pas de troubles sensoriels. Taille au-dessous de la normale.

Nanisme avec perfection relative des formes. Front olympien. Gros ventre, traduisant un léger rachitisme. Dentition régulière. Ganglions cervicaux. Ectopie testiculaire double.

En résumé : Débile, d'âge mental estimé à 4 ans.

*Roland* : Congestion pulmonaire à 1 an. Convulsions à l'âge de 9 mois. Moins éveillé, moins adapté que son frère. Âge mental fixé à 3 ans.

Reconnaissance, utilisation des objets, moindre que chez son frère. Désigne son nez, ses oreilles. Ne reconnaît pas la droite de la gauche. Vocabulaire réduit. Pas de trouble du caractère. Affectivité adéquate à l'égard de ses parents. Rachitisme. Pas d'ectopie testiculaire. Pas de signe d'hérédosyphilis. Pas de troubles moteurs. Nanisme. Empreintes digitales semblables.

De cette observation, nous pouvons retenir le rhumatisme articulaire aigu de la mère, lors de la gestation, une fausse couche gémellaire ultérieure à la naissance des jumeaux. Le nanisme de ces jumeaux : nous avons remarqué la petitesse de la taille de nombreux cas de jumeaux univitellins signalés. Les travaux étrangers modernes signalent la plus grande proportion de débilité mentale chez les jumeaux que chez les individus normaux.

Les « Archives Internationales de Neurologie » ont publié en 1934 un article de M. MAYR, *Un cas de folie gémellaire*. De ce long article, nous retenons :

1<sup>o</sup> La mort du père de ces deux jumeaux par paralysie générale à l'asile de Ville-Évrard à l'âge de 54 ans en 1921. Les deux jumeaux, de très grande ressemblance physique ainsi qu'en témoignent les photographies jointes à l'article sont qualifiés d'univitellins, avec

vraisemblance, semble-t-il. Les certificats d'internement sont ainsi conçus :

Pour *Robert* : Période de mutisme, avec opposition, refus d'examen et violence, bris de glace, réponses à côté, pleurs, hurlements ou rire sans raison, incohérences.

(Je suis le violon dans la maison du Seigneur).

Paris, 2 février 1929,

Dr COURTOIS.

Pour *Camille* : Débilité mentale, bouffées délirantes récentes, avec idées mystiques. Parle de fluides magnétiques. Illuminations. Prédit qu'on va tous mourir dans le feu éternel. Il tuera le Dragon. Suggestibilité. Se met à genoux. Embrasse le parquet sur commandement. Phase d'agitation violente, criait, mordait, se débattait.

" Paris, 30 janvier 1939,

Dr LOGRE.

Quelques jours après leur internement, les deux frères mouraient de pneumonie à peu d'intervalle. Auparavant, ils avaient présenté tous deux une bouffée délirante à thème mystique, dont l'acmé terminale a peut-être coïncidé avec le début de la pneumonie qui devait les emporter.

Pour terminer cette revue des publications récentes de psychose gémellaire, nous ne pouvons que reproduire in-extenso cette partie d'une leçon de M. le Professeur CLAUDE.

« Ce sont deux jeunes filles de parfaite moralité, d'instruction assez décousue. Elles font, après la guerre, un séjour en Angleterre et c'est à leur retour que le délire se manifeste de plus en plus longuement. Elles ont toujours été très attachées à leur père qui est mort, mais ont au contraire une haine constante pour leur mère, haine rétrospective puisqu'elles lui reprochent des faits antérieurs à son mariage. A propos d'héritage paternel, grand-maternel et avunculaires les deux sœurs se dressent contre le reste de leur famille : mère, frère et sœur.

Elles quittent la maison et se laissent entraîner à toutes les fantaisies procédurières, toujours persécutées quel que soit le résultat des jugements. Elles viennent à Paris faire leur droit et acquièrent un jargon qu'elles opposent triomphalement à tous ceux qui n'y sont pas familiarisés.

Elles envoient de multiples lettres, menaces aux ministres, avocats en renom, leaders politiques, au doyen de la Faculté de droit. Leur dossier s'accumule à la Préfecture cependant que la police les garde doucement

à vue. Par suite des héritages contestés, mais jugés, elle ont 4 à 500.000 francs chez un agent de change. Elles refusent les intérêts qu'il leur offre, mais le traitent publiquement de voleur. Pendant que cet argent intouchable fructifie, elles vivent dans la sordidité la plus misérable.

Elles sont vêtues de haillons innommables, leur chambre empeste au point de provoquer les protestations des voisins.

Depuis un an, elles vendent l'*Intran* et *Paris-Soir* et tout l'argent qu'elles gagnent (40 francs par jour) passe entièrement en nourriture. Elles ont un bagoût infernal, commentent les éditions qu'elles vendent, amusent leurs acheteurs, bref ont un tel succès que le directeur de l'*Intran* leur paye leur chambre, elles sont du reste ravies de leur sort, acceptent avec bonne humeur ce dénuement extrême. Elles se préoccupent seulement de remettre leur procès en route. Par ailleurs, leur fond mental est excellent, leur mémoire fidèle. Le délire se ramène donc à des idées de revendication et de quérulence, à base processive, procédurière, alimentée par leur haine familiale.

Il faut noter quelques idées de persécution à base interprétative (les voisins leur envoient des gaz) le tout évolue sur un fond sthénique-hypomaniaque mais pour la plupart du temps coloré de bonne humeur et de jovialité.

Intrication complète de leurs deux vies. Elles se ressemblent, ont même allure, même voix, même écriture et, si j'ose dire, mêmes pensées. Il est extrêmement facile de les écouter, chacune reprenant la phrase où l'autre la laisse.

À l'École de droit, elles s'étaient fait remarquer par l'exactitude avec laquelle elles tournaient ensemble les pages de leurs cahiers. Jamais de contradictions entre elles. Elles s'aiment du reste profondément et reconnaissent du reste que leur solide amour mutuel a été leur seule sauvegarde dans l'adversité. Leur délire en lui-même est très remarquable comme exemple des confins où une logique procédurière peut mener.

Elles revendiquent avec intransigeance la restitution de leur part. Elles n'admettent aucune concession, ni de nécessité d'attente et elles préfèrent une misère inqualifiable plutôt que de toucher des revenus importants, tant qu'elles n'auront pas obtenu justice sur tous les points.

Il est difficile de parler ici de sujet inducteur et de sujet induit. Elles sont aussi semblables que deux êtres peuvent biologiquement l'être. Elles ont été soumises à la même ambiance, aux mêmes chocs et leurs tempéraments très proches ont réagi dans des perspectives identiques. Elles ont formé à elles deux un bloc de résistance où elles se renforçaient mutuellement. Délires jumeaux.

mais encore délires gémellés qui les ont amenées à cette profonde déchéance sociale.

Ce cas nous paraît être une folie gémellaire type.

Quelle doit être la conduite du psychiatre ? M. CLAUDE la définit ainsi : « Dans les cas de folie contagieuse ou folie imposée on doit être assez confiant pour l'élément actif, on assistera à une réduction assez rapide et complète des idées délirantes. Dans les cas de folie simultanée, la séparation des malades ne s'impose guère, car elle est inopérante et c'est surtout à l'étude des composantes de la psychose qu'il faudra se référer. » Nous reviendrons ultérieurement sur ce point à propos de l'observation semi-personnelle des deux jumelles dont le délire continue à évoluer et à se compléter chez l'une et l'autre en dépit de leur séparation.

De notre historique des travaux relatifs aux psychoses gémellaires, de nos observations personnelles, que conclure ?

La conception clinique de BALL est beaucoup trop étroite et rigide, la seule explication possible est le petit nombre d'observations dont BALL s'est servi. Nous ne trouvons que deux observations personnelles à cet auteur. Ces observations correspondent à la définition classique, mais dans la revue des cas publiés antérieurement à lui, BALL signale des observations difficilement intégrables dans la définition classique, pour celles-ci la plus remarquable est l'observation de FLINTOFF MICKLE.

Cela nous permet de discuter les principaux éléments de cette définition : —

1° La simultanéité des troubles mentaux, quatre jours de différence dans l'apparition des troubles chez les jumelles de l'observation 1 de BALL. Troubles simultanés dans l'observation.

2° 12 ans d'intervalle entre l'apparition des troubles chez l'un et l'autre malade dans l'observation de FLINTOFF MICKLE.

Avant les critiques ultérieures, l'article de BALL nuançait donc le cadre trop rigide de sa définition.

3° Le parallélisme des conceptions délirantes : est rigoureux dans les observations de BALL, variable dans les observations de SAVAGE rapportées dans l'article de l'*Encéphale* de 1884. Nous croyons nous-mêmes à un parallélisme général des conceptions délirantes, avec toutefois des réserves en ce qui concerne une analyse plus poussée des troubles psychiques.

Cette opinion que nous reprendrons dans nos conclusions semble

confirmée en partie par l'examen de jumeaux univitellins normaux auxquels se livra SEGERS.

4<sup>o</sup> Caractère de la folie gémellaire selon BALL.

La spontanéité du délire chez chacun des deux individus atteints.

C'est un élément difficile à apprécier, il faut éliminer un élément occasionnel commun. Les observations de BALL ne le permettent pas. Signalons le cas très intéressant à ce point de vue de deux jumeaux maniaques dépressifs publié par ROSANOFF dont nous avons traduit l'observation (Cas 1). Ces deux jumeaux ayant vécu séparés, nous ne pouvons invoquer d'élément commun.

Le problème psychiatrique relatif aux psychoses gémellaires a été toujours dominé par la question des délires à deux. Lors de chaque observation se pose le problème d'un délire à deux de LASÈGUE, c'est-à-dire le problème de la folie communiquée ou folie induite ou folie par adhésion. La majorité des auteurs recherchent l'élément passif de ce délire à deux, élément passif susceptibles de guérison. Cet élément passif est généralement inexistant ou tout au moins indiscernable dans les cas de psychoses gémellaires. Cet élément passif présenterait-il un véritable délire par résonance (Prof. CLAUDE) déliérerait-il en écho pour son propre compte, nous ne le pensons pas. Cependant, il semble souvent qu'il y ait un élément passif, effacé, relativement à l'élément actif (observation LAIGNEL-LAVASTINE et BOQUIEN ; obs. personnelle n<sup>o</sup> 1). Souvent le thème intéresse l'affectivité des deux sujets (obs. H. CLAUDE, *op. cit.*, obs. personnelle n<sup>o</sup> IV).

Les deux éléments du couple gémellaire vivent d'une vie retirée faite d'inter-réaction psychologique multiple (obs. IV). Le couple gémellaire peut présenter dans ces conditions une association de deux psychoses de même nature intriquant leurs éléments réalisant la folie à deux vraie de RÉGIS.

Dans certains cas, chaque jumeau délire sur un thème délirant propre et nous croyons pouvoir avec H. CLAUDE leur donner l'appellation de psychoses parallèles.

Ainsi donc, les psychoses gémellaires peuvent réaliser un des quatres tableaux suivants :

Folie à deux de LASÈGUE.

Délire par résonance (H. CLAUDE).

La folie à deux vraie de RÉGIS.

Psychoses parallèles (H. CLAUDE) (obs. de SOUKHANOFF,

LAIGNEL-LAVASTINE, LEROY-SCHUTZENBERGER, obs. personnelle n° 1).

Les psychoses gemellaires n'ont pas de caractère particulier du point de vue nosographie (DEMAY). Leur aspect spécial dépend seulement du terrain psycho-organique sur lequel elles évoluent. Ce caractère sera d'autant plus marqué que les troubles pathologiques prénataux auront été plus intenses.

## EUGENISTES ET PSYCHOSES GEMELLAIRES

Nous étudierons les auteurs les plus représentatifs à notre avis :

En Amérique : ROSANOFF et son école.

En Allemagne : Les principaux disciples de RUDIN : LUXEMBURGER, CONRAD, LANGE, DUBITCHER, etc.

Nous analyserons leurs travaux les plus récents.

CANON, ROSANOFF et leurs élèves ont cherché si les lois de MENDEL pouvaient s'appliquer à la transmission des maladies mentales ou nerveuses. Leurs premiers travaux concluent à des données très précises, données conformes à ces lois et à la base de leurs travaux ultérieurs. Ces auteurs ont cherché récemment dans l'étude systématique des troubles mentaux chez les jumeaux une justification de leur conception de l'hérédité dans les maladies mentales, une vérification à leurs propres doctrines pathogéniques et étiologiques de ces mêmes maladies.

ROSANOFF et ses élèves furent les premiers à étudier l'hérédité dans les maladies mentales en fonction des lois de MENDEL, ce avant les travaux de RUDIN et même de BOVEN. Leur étude des troubles neuro-psychiatriques dans la gémellité a procédé de la même méthode. Les auteurs représentent tout un mouvement de l'eugénique, mouvement basé sur les premiers travaux de MORGAN.

### A) LES TRAVAUX DE ROSANOFF ET DE SON ÉCOLE

Parmi ces travaux, nous retiendrons :

Une étude sur les syndromes Maniaco-Dépressifs chez les jumeaux :

Une Étude sur les syndromes schizophréniques chez les jumeaux :

Nous mentionnons : une étude sur les états épileptiques chez les jumeaux.

Une étude sur le Mongolisme chez les jumeaux ;

Une étude sur la délinquance chez les jumeaux.

1<sup>o</sup> *Etude des Syndromes Maniaco-Dépressifs chez les Jumeaux*

Cette communication présente une étude de 90 paires de jumeaux atteints de syndromes Maniaco-Dépressifs. Parmi les 23 paires de jumeaux monozygotiques compris dans cette étude, dans 16 cas, le couple est atteint, dans 7 cas seulement un individu par couple a été malade.

Parmi les 67 paires de jumeaux dizygotiques, dans 11 cas, le couple a été atteint et dans 56 cas un seul individu.

Les facteurs héréditaires ou germinaux jouent un rôle important dans l'étiologie des syndromes Maniaco-Dépressifs. On le voit par le pourcentage des cas entre les Jumeaux monozygotiques et bizygotiques où le couple de jumeaux est atteint (69,6 % de monozygotiques, 16,4 % de Dyzygotiques).

Les facteurs héréditaires ou germinaux ne suffisent pas toujours pour produire le syndrome Maniaco-Dépressif, ainsi que le montre la proportion élevée des jumeaux monozygotiques où un seul individu a été atteint (30,4 % de notre matériel). Pour quelques cas au moins, d'autres facteurs que l'hérédité sont nécessaires afin de produire l'effet pathogénique. Les facteurs héréditaires ou germinaux ne sont pas toujours présents et par conséquent ne sont pas indispensables à l'étiologie des syndromes maniaques-dépressifs. Ceci semble démontrer par la proportion relativement élevée entre les frères jumeaux et les sœurs jumelles et leurs neveux : 14,4 % pour les jumeaux, et 1,5 % et 3,4 % pour les neveux. Le sexe est un facteur de grande importance dans l'étiologie des syndromes maniaco-dépressifs. Ceci est démontré d'une façon frappante par les couples de jumeaux de sexes différents. Parmi nos 32 paires de jumeaux de sexe différent le couple est atteint dans 3 cas, la mâle seul en 5 cas et la femme seule en 24 cas.

Au chapitre II, sont étudiées des observations de jumeaux monozygotiques qui démontrent une concordance parfaite de résultats. (Jumeaux atteints de manière identique) une concordance partielle (deux jumeaux atteints, mais d'une manière quantitativement différente), une discordance: un seul jumeau étant atteint l'autre étant normal. Nous n'avons pas observé un seul cas

de différence qualitative dans notre groupe de jumeaux monozygotiques atteints d'un syndrome maniaco-dépressif, c'est-à-dire absence de jumeaux présentant : l'un un syndrome maniaco-dépressif, l'autre un état neuro-psychiatrique appartenant à un groupe clinique différent.

Au chapitre III sont citées des observations de jumeaux dizygotiques de même sexe et de sexe différent, qui démontrent une concordance complète de résultats, une concordance partielle (différence quantitative) et une discordance totale. Nous présentons aussi un cas de différence qualitative entre deux jumeaux de sexe différent, la femme : maniaque dépressive, l'homme : déficient mental au degré de l'imbécillité.

Le chapitre IV est consacré à la discussion de l'étiologie des syndromes maniaques dépressifs basés non seulement sur nos résultats en ce qui concerne les jumeaux, mais aussi sur des faits déjà connus antérieurement.

Il semblerait que : bien que les syndromes maniaques dépressifs puissent être les manifestations d'affections cérébrales organiques ou de diverses maladies somatiques, ou de séquelles de traumatisme crânien de l'ante- ou du post-partum, la majorité des cas repose sur une base héréditaire, soit dans les conditions ordinaires de la vie, soit sous l'influence des facteurs exogènes en général de nature psychogénique.

Notre étude des jumeaux prouve à un haut degré l'opinion traditionnelle que les psychoses maniaques dépressives sont le groupe « le plus héréditaire » parmi les maladies mentales les plus communes et cela nous incite à formuler cette hypothèse, traduction des faits connus sans trop infirmer de choses. Hypothèse sur le mode de transmission héréditaire des psychoses maniaques dépressives : hypothèse, dans laquelle nous présumons l'existence d'un *facteur cyclothymique* (C) dans les autosomes et d'un *facteur dominant* (A) dans les chromosomes X. En vertu de cette hypothèse, les êtres humains peuvent être rangés selon les constituants cyclo-thymiques de tempérament en six groupes d'hommes et en neuf groupes types de femmes. Parmi ces groupes, deux des groupes masculins et quatre des groupes féminins représentent des constitutions tempéramentales qui permettent le développement des psychoses maniaques dépressives.

Entre les six types génétiques masculins et les neuf types génétiques féminins, il y a naturellement 54 combinaisons possibles.

Nous présentons une série de formules qui représentent des couples avec les compositions génotypiques de leurs descendants qui en résulteraient théoriquement. L'hypothèse sur laquelle sont basées ces formules n'est pas en désaccord avec les faits connus concernant la distribution familiale des psychoses maniaques dépressives et elle semble capable d'expliquer les différences quantitatives dans le groupe, l'excès d'incidence chez la femme et le phénomène apparent du mode de transmission héréditaire, tantôt dominant, tantôt récessif, tantôt lié au sexe.

Selon cette hypothèse, les facteurs héréditaires jouent un rôle variable dans les différents cas. Ce rôle semblerait être important et par lui-même suffisant pour produire des effets pathologiques tantôt faibles et même insuffisants.

La tendance reste latente indéfiniment, ou, jusqu'à ce qu'elle soit rendue visible par l'influence additionnelle des facteurs externes, généralement psychogènes. C'est un corollaire bien apparent que de devoir être prêt en contrôlant une hypothèse quelconque de trouver que les phénotypes sont en moins grand nombre que les génotypes, ce qui est certainement le cas chez les jumeaux monozygotiques.

## 2<sup>o</sup> Étiologie des psychoses dites schizophréniques.

A. J. ROSANOFF, L. M. HANDY, I. R. PLESSET, S. BRUSH *ex American Journal of Psychiatry*, 1934, t. II, p. 283.

Le but principal de cette communication est de faire un rapport sur une étude de 142 paires de jumeaux atteints de psychose dite schizophrénique, atteinte portant sur le couple, ou sur un individu seulement de ce couple.

Ces jumeaux sont ainsi classés : monozygotiques, 41 paires ; dizygotiques même sexe : 53 paires ; dizygotiques des deux sexes : 48 paires.

Il y a un contraste marqué entre jumeaux monozygotiques et bizygotiques. La proportion est respectivement de 68,3 % et 14,9 %.

La littérature médicale, dans la pathologie des jumeaux attache une grande importance aux similitudes ou même aux manifestations identiques, particulièrement chez les jumeaux monozygotiques. Toutefois, en ce qui concerne les dites psychoses schizophréniques, les manifestations similaires ou identiques sont l'exception, plutôt que la règle. On peut trouver chez les jumeaux,

tant monozygotiques que bizygotiques (toutefois pas aussi fréquemment, des exemples de psychoses semblables, des dissemblances quantitatives (dissemblances dans l'époque d'apparition des attaques, symptomatologie particulière, cours, apparition, etc.), des dissemblances qualitatives (l'un ayant une psychose schizophrénique, l'autre présentant un cas neuro-psychiatrique relevant de groupes cliniquement différents tels que : débilité mentale, épilepsie), ou une dissemblance totale (l'un des jumeaux ayant, par exemple, une psychose schizophrénique, l'autre n'en présentant aucune), mais ces cas sont relativement peu fréquents. Nous avons établi un sommaire de ces cas. Les données qui y figurent suggèrent les impressions générales suivantes :

1° Dans l'étiologie desdites psychoses schizophréniques, le facteur hérédité semble jouer un rôle important ;

2° Les facteurs héréditaires sont inadéquats en eux-mêmes, c'est-à-dire qu'ils ne suffisent pas à produire une psychose schizophrénique.

3° L'effet pathogénique des facteurs héréditaires n'est pas réellement spécifique. D'autres facteurs jouent souvent un rôle produisant des résultats dissemblables dans les manifestations ou une discordance d'état même chez des jumeaux monozygotiques.

4° Les facteurs héréditaires ne se font pas toujours sentir. Ils ne jouent pas un rôle essentiel dans l'étiologie des dites psychoses schizophréniques.

L'examen des cas suggère l'idée d'une discrimination possible des dites psychoses schizophréniques. Un grand nombre des cas semblent avoir à leur base une origine traumatique ou infectieuse. La proportion des cas avec traumatisme probable ou étiologie infectieuse semble plus élevée pour le sexe masculin que pour le féminin. Le facteur prédominant semble être le traumatisme cérébral à la naissance. Ceci est en harmonie avec un autre point que nous avons mis d'autre part en évidence, indiquant une vulnérabilité cérébrale plus marquée chez les fœtus mâles.

D'autre part, les facteurs psychiques de l'étiologie des dites psychoses schizophréniques, spécialement dans la sphère sexuelle ou dans la période des désirs, sont trouvés plus souvent chez les femmes que chez les hommes.

Une preuve de plus de l'existence de ces deux derniers groupes, dont pratiquement on ne fait pas mention dans le groupe de psychoses schizophréniques, les deux groupes sont inégalement repar-

tis en ce qui concerne l'âge et le sexe. Dans l'ensemble « démence précoce » le sexe mâle prévaut quelque peu, (ces cas sont *beaucoup* plus fréquents dans le sexe masculin que dans le sexe féminin dans le groupe des moins de 35 ans. alors qu'ils sont beaucoup plus commun chez les femmes que chez les hommes dans ce groupe au-dessus de 35 ans).

Dans l'ensemble des cas concernant plus particulièrement les femmes et dans lequel les facteurs psychogéniques apparaissent plus sensibles dans l'étiologie, les facteurs héréditaires semblent jouer un rôle plus important que celui qu'ils jouent dans le groupe à étiologie traumatique ou infectieuse, par rapport aux psychoses résultant de traumatismes intra-natal ou post-natal il faut faire attention, très soigneusement à son apparition possible comme une séquelle consécutive à un traumatisme paraissant insignifiant, après un laps de temps, de 20 ans ou plus.

Nous considérons, comme faisant partie de notre théorie sur les dites psychoses schizophréniques, qu'une grande partie de ces psychoses est due à un traumatisme cérébral à la naissance ou dans la jeunesse ; que ces cas sont plus fréquents dans le sexe masculin que dans le sexe féminin, plus fréquent chez les moins — que chez les plus de 30 ans, que le type de lésion est souvent asymptomatique ou à peu près, au moment où il apparaît ; qu'il consiste probablement en hémorragies de la sous-arachnoïde ou de la pie-mère sur la convexité cérébrale, dans la région frontale ou pariétale et qu'il résulte soit d'une séparation partielle, soit d'un décollement de la pie-arachnoïde, du sommet ou des faces latérales de l'écorce cérébrale, provoquant un arrêt de l'afflux sanguin, une atrophie lente et une diminution progressive des fonctions mentales...

#### B) LES TRAVAUX DE L'ÉCOLE ALLEMANDE

Actuellement RUDIN et ses élèves reconnaissent que « le mode exact de transmission héréditaire de nos grandes maladies mentales tels que les syndromes maniaques dépressifs et schizophréniques n'a pas encore été tiré complètement au clair. Il y a tant de circonstances qui viennent troubler l'établissement de règles exactes sur l'hérédité que je (1) me suis décidé, il y a bien des

(1) RUDIN. — *Eugénique et prophylaxie mentales.*

années déjà à fixer le pronostic d'expectation pour cette maladie qui n'est pas tout à fait identique à un pronostic pur d'hérédité, mais pratiquement s'en rapproche de très près ».

Au Congrès de Scheveningen furent présentés de nombreux cas de psychoses jumeillaires, éléments d'étude de l'hérédité : de la débilité mentale, de la schizophrénie, de la folie circulaire, de l'épilepsie, de la criminalité. Un article de DUBITSCHER (Problèmes psychiâtriques dans l'eugénique) nous donne une analyse des principes eugéniques développés au cours de ce congrès.

#### *La Débilité mentale jumeillaire :*

En ce qui concerne la débilité mentale jumeillaire nous citerons les travaux suivants : *travaux de l'école Allemande pour la plupart.*

#### AU DANEMARK :

Jen. Chr. SMITH (1929) publie un travail portant sur 122 paires de jumeaux, la débilité mentale doit, dans la grande majorité des cas, être attribuée à des facteurs héréditaires, d'autres causes jouent cependant un rôle moins important : elles modifient l'aspect de la débilité mentale héréditaire, autant que l'intelligence en général.

Il semble que si la débilité mentale, cliniquement associée à des symptômes neurologiques, dépend en partie de l'hérédité, des signes neurologiques associés, tels que l'hémiplégie ne sont pas nécessairement la traduction d'une affection acquise.

Il est difficile de donner un pourcentage, mais d'après SMITH, son matériel d'études montrerait une débilité mentale héréditaire en 80 % des cas et une débilité mentale acquise en 20 % des cas. (Nous pensons pouvoir ranger dans ces 20 % nos observations de débilité mentale jumeillaire. Obs. XII, XIV, XV, XVI, XVII).

#### EN NORVÈGE :

LOOFT, en désaccord avec SMITH, conclut de son étude qu'il y a beaucoup plus de débiles mentaux chez les jumeaux que chez les enfants normaux. Il y a une relation entre la naissance des jumeaux et l'hérédité mentale, relation pouvant s'expliquer par l'hérédité. Une hérédité récessive est la caractéristique de la jumeillité et de la grande majorité des maladies mentales. La rencontre de ces deux dispositions particulières entraînerait la naissance de jumeaux débiles mentaux.

## EN ALLEMAGNE :

V. FLEGER émet une opinion analogue à celle de LOOFT. Dernièrement, VILDENSKOV publie au Danemark des cas de débilité mentale gémellaire d'origine exogène ; cependant, dans les antécédents héréditaires nous trouvons :

*Sc. 24* : une jumelle uniovulaire dont la sœur dut aussi être admise : mère bradypsychique ayant eu 10 enfants dont 5 oligophrènes.

*Sc. 33* : le frère jumeau interné, père psychopathe et probablement bradypsychique, plusieurs frères dont un mort de méningite et six obligophrènes.

*Sc. 59* : uniovulaire douteuse. Mère bradypsychique, père imbécile, oligophrène.

*L'étude de la schizophrénie gémellaire* donne pour 63 paires de jumeaux uniovulaires, 52 concordantes et 11 discordantes. Pour 50 paires de jumeaux biovulaires, 3 concordantes et 47 discordantes (LUXEMBURGER). D'après les recherches de LANGE pour 56 paires de jumeaux mono-ovulaires, 52 sont concordantes et 4 discordantes, mais 3 de celles-ci montrent d'autres anomalies. Pour 25 paires de jumeaux biovulaires, 5 sont concordantes et 20 discordantes.

Pour V. VERSCHUR, la schizophrénie chez les jumeaux univitellins revêt, en général chez tous deux le même aspect, strictement hébéphrénique ou catatonique entre 15 et 30 ou 35 ans. On n'a jamais observé de couple affecté d'une catatomie pure. Signalons ici le cas publié par PARKER aux États-Unis avant les travaux importants de ROSANOFF. Ce sont 2 jumeaux déments précoces, dont l'un est catatonique, l'autre atteint d'hébéphrénie délirante ou de démence paranoïde. L'histoire de la famille est négative aussi loin qu'on remonte. Il n'y a pas de consanguinité, les recherches remontent de part et d'autre jusqu'aux grands-parents. Les jumeaux ont quatre sœurs normales et un frère qualifié de nerveux. Les parents sont qualifiés de nerveux.

A l'âge mûr ou avancé, la schizophrénie peut présenter des aspects paranoïdes chez deux jumeaux univitellins et trahir alors des différences. A la longue cependant, tous deux présentent un kaléidoscope d'états successifs (v. BOVEN) et de triple apparence : catatonique, hébéphrénique et paranoïde. L'identité remarquable de la schizophrénie, chez des jumeaux univitellins, nous autorise

à croire à l'existence d'une tare, d'un gène, étranger à la schizophrénie et par conséquent spécifique dans le cas où deux membres, plus précisément frère et sœur de la même famille sont affectés d'une schizophrénie notablement différente à moins qu'on puisse prouver un jour que la schizophrénie prend un aspect différent selon la constitution individuelle sur laquelle elle se développe.

*La folie circulaire*, étudiée chez les jumeaux donne des résultats semblables à ceux fournis par l'étude de l'arriération mentale et de la schizophrénie.

Pour DUBITSCHER, sur 33 paires de jumeaux uni-ovulaires, il y aurait 31 paires concordantes et 2 paires discordantes. Pour 16 paires de jumeaux biovulaires : une paire concordante et 15 paires discordantes.

Les travaux un peu plus anciens de LUXEMBERGER (cités dans le rapport de BROUSSEAU) en 1930 et 1933 forment les premières grandes études sur l'hérédité des jumeaux univitellins. Dans l'ensemble, les jumeaux uniovulaires présentent des troubles concordants, les jumeaux biovulaires, des troubles discordants. Pour LUXEMBERGER il y aurait chez les premiers concordance dans 91 % de cas, chez les seconds dans 40 %. Les résultats de DUBITSCHER et de LUXEMBERGER, diffèrent bien entre eux, et ils diffèrent aussi des résultats de ROSANOFF dont nous avons parlé. Nous empruntons à LUXEMBERGER trois cas typiques d'état circulaire-gémellaires : *Le premier couple* réaliserait une psychose gémellaire idéale par sa concordance très poussée, nous en avons déjà donné ailleurs les caractéristiques. *Le deuxième couple* de jumelles est un exemple de discordance. Une jumelle seule se marie, a de nombreux enfants, se trouve porteuse d'un goitre. De ces trois enfants, l'un est bien portant, l'autre présente une psychose maniaque de teinte paranoïde et la fille est internée pour schizophrénie. Les antécédents maternels étaient ceux d'une lignée cyclothymique. La seconde jumelle ne se marie pas et demeure sociable et calme toute sa vie.

*Le troisième couple : concordant, discordant.*

Chez une jumelle une psychose maniaque dépressive typique ; chez sa sœur un état particulier, à cheval sur la psychose maniaque dépressive avec hallucinations et la schizophrénie. Ce cas, particulièrement intéressant pourrait être considéré comme une preuve en faveur de l'unité cyclothymie et schizophrénie. Les antécédents familiaux sont probants à cet égard.

*Père* : bien doué, personnel, irritable. *Tante* paternelle : originale,

buvait, ne travaillait pas. *Cousin* du côté paternel : schizophrène, interné. *Arrière grand'tante paternelle* : internée.

On n'a jamais décrit chez des jumeaux des accès de types exclusivement maniaques et mélancoliques.

*L'épilepsie gémellaire.* Surtout étudiée par CONRAD, montre chez des jumeaux épileptiques absolument concordants une hérédité de façon diffuse. Dans les antécédents on trouve des crampes pendant l'enfance, de l'énurésie nocturne, des migraines, des accès psycholéptiques de 5 à 9 ans. La première grande crise se présente généralement entre 9 et 15 ans, parfois aussi plus tard jusqu'à la 25<sup>e</sup> année. Plus tard s'y ajoutent des changements de caractère et de démence. Ce cas se complique de débilité mentale et de symptômes cérébraux. Un seul symptôme ne suffit jamais pour poser le diagnostic d'épilepsie héréditaire ou pour l'exclure. Il faut toujours considérer la personnalité en entier et son milieu héréditaire.

Des recherches plus anciennes de CONRAD : sur un matériel non choisi de jumeaux épileptiques, on trouve pour les jumeaux monovulaires une concordance de 66 %, pour les biovulaires de 3 %. Pour les épilepsies idiopathiques, les chiffres correspondants sont de 86 % et de 4 %.

CONRAD a trouvé pour 12.561 cas d'épilepsie : 253 paires de jumeaux. Dans le matériel complet la concordance pour les paires de jumeaux monovulaires était de 66 % ; pour les biovulaires de 3,1 %. Ce dernier chiffre correspond à la fréquence de la maladie chez les frères et sœurs. Les chiffres seuls prouvent déjà le rôle important des facteurs de disposition héréditaire dans la genèse de l'épilepsie, de telle sorte que les facteurs peuvent influencer le mode de manifestation, mais pas le fait même de la manifestation des dispositions héréditaires. La concordance de 86,3 % pour les paires de jumeaux monovulaires dans les formes d'épilepsie idiopathiques contredit l'hypothèse demandant de compter l'épilepsie génine au nombre des formes symptomatiques. En contradiction avec cet article retenons la Communication de MARCHAND au 1<sup>er</sup> Congrès d'Eugénique des Pays latins.

*La gémellité criminelle.* Fut l'objet d'études de la part de ROSANOFF en Amérique de et LANGE. Pour ce dernier on doit attribuer aux influences du milieu sur la criminalité gémellaire un rôle très accessoire. Alors que les jumeaux monovitelins se comportent

vis-à-vis du crime comme un seul individu, les jumeaux bivitellins, au contraire, se comportent comme deux individus de la même famille.

Nous venons de résumer les principaux travaux sur les psychoses gémellaires en fonction de l'eugénique. Nous n'avons pas la prétention en un exposé aussi bref de les étudier tous, nous ne pouvons que les citer dans notre bibliographie. Nous ne pouvons analyser les belles observations d'Isabelle BRADNEY, de MULLER, de PARKER FREEMAN, GORDON, etc.

Nous avons voulu seulement montrer les différents courants et méthodes eugéniques appliqués à l'étude des psychoses gémellaires :

MÉTHODE MENDÉLIENNE PURE ;

MÉTHODE EMPIRIQUE.

Nous n'avons pas encore envisagé les conséquences pratiques.

Au terme de ce chapitre, nous ne pouvons que remarquer l'opposition tant eugénique que clinique entre les jumeaux vrais ou monovulaires et jumeaux biovulaires ou fraternels.

La concordance clinique est le fait des jumeaux vrais.

La discordance clinique est le fait des jumeaux fraternels.

Remarquons, cependant, que ses résultats ne sont pas absolus et doivent être émis avec certaines réserves.

Au point de vue eugénique les psychoses gémellaires réalisent une base très sûre dans l'étude de l'hérédité des maladies mentales, et pour certains auteurs une preuve même de leur nature héréditaire. Peut-être n'y verrons-nous qu'une expérience, « une expérience passive », au sens même de Claude BERNARD. Devons-nous considérer cette expérience comme probante et l'interpréter comme les eugénistes allemands ou américains ? Nous en parlerons ultérieurement.

## OBSERVATIONS INÉDITES

|                                           |       |                       |
|-------------------------------------------|-------|-----------------------|
| Manie dépressive gémellaire (observation) | I     | uniovulaire           |
|                                           | II    |                       |
|                                           | III   |                       |
| Démence précoce gémellaire (observation)  | IV    | uniovulaire           |
|                                           | V     |                       |
|                                           | VI    | biovulaire            |
|                                           | VII   |                       |
| Mélancolie gémellaire                     | VIII  | uniovulaire           |
|                                           | IX    |                       |
|                                           | X     |                       |
| Obsession gémellaire                      | XI    | uniovulairé           |
| Bouffée délirante polymorphe gémellaire   | XII   | biovulaire            |
|                                           | XIII  |                       |
|                                           | XIV   |                       |
| Débilité mentale gémellaire               | XV    | biovulaire            |
|                                           | XVI   |                       |
|                                           | XVII  | biovulaire discordant |
| Troubles psycho-moteurs gémellaires       | XVIII | uniovulaire           |
| A aux persuasions intuitives gémellaires  | XIX   |                       |
| Arriération et épilepsie                  | XX    | biovulaire            |
| Arriération profonde, idiotie             | XXI   | biovulaire            |

(Les observations : II, V, VI, IX, XVIII, XIX, XX, XXI, nous ont été communiquées par M<sup>me</sup> le Docteur A. CHEVALLIER-GAZANOL.

## OBSERVATION I

### OBSERVATION DES SŒURS JUMELLES ROSE ET ANTOINETTE OBSERVATION DU SERVICE DE M. CHATAGNON

Nos recherches concernant l'histoire de la famille nous ont permis de remonter jusqu'aux grands-parents.

*Du côté maternel* : les grands-parents, de santé robuste meurent à un âge très avancé, ils ont onze enfants dont la mère des deux sœurs jumelles. Un d'entre eux fit quelques hémiplegies transitoires. Une sœur de la mère eut deux jumeaux de sexe différent. *La mère*, mariée à 19 ans, jouit d'une bonne santé, cependant elle est considérée comme de tempérament légèrement névropathique, elle meurt à 75 ans d'insuffisance cardiaque.

*Du côté paternel*, les grands-parents sont aussi d'une santé robuste. Une sœur du grand-père est bien portante quoiqu'âgée. Elle aurait eu 4 enfants.

*Le père* est un mathématicien de valeur. Il meurt à 52 ans d'un cancer à l'estomac. *Les deux sœurs jumelles* naissent lors du 3<sup>e</sup> accouchement. Cette famille aura jusqu'à 10 enfants, dont nous allons étudier le devenir.

Le premier : J. meurt à 4 ans de la diphtérie. Le deuxième : M. est en excellente santé, après de brillantes études, joue un rôle social important. Les troisième et quatrième : R. et A. : les deux sœurs jumelles naissent d'un accouchement prématuré à sept mois. Le cinquième : J. meurt du croup à 4 ans. La sixième : J. bien portante. Le septième : E. mort à la guerre. La huitième : mariée, bien portante. Le neuvième : Raymond, mort accidentellement à 10 ans a présenté une paralysie durant un an, était fréquemment atteint de céphalées violentes. La dixième : M. L. : bien portante.

R. se marie, a un fils bien portant et une petite fille en bonne santé.

### LES JUMELLES, ROSE ET ANTOINETTE

Nées en 1874 d'un accouchement prématuré à sept mois, la peau des membres inférieures non encore formée, nous ne pouvons rien affirmer sur les détails de l'accouchement : délivrance, poche des eaux, notons seulement qu'il fut naturel. Les critères d'identité de SIEMENS appliqués à ce cas nous permettent de croire à une identité gémellaire univitelline.

#### OBSERVATION DE ROSE :

Trois ans après son mariage, elle a son unique enfant. La grossesse compliquée d'hydramnios est pénible, le travail laborieux, dura trente-

six heures, l'enfant souffre (issue de méconium). Dès le lendemain débute une forme aiguë de psychose puerpérale, tandis qu'une infection puerpérale se développe. Cet enfant aurait une santé robuste s'il ne présentait de crise d'asthme.

Rose ne semble jamais avoir fait d'excès de boisson, ni usé de toxiques ; signalons cependant un abus de café très fort. Autrement, elle ne buvait que de l'eau. A l'occasion, elle aimait les vins de qualité, mais en buvait rarement et modérément.

L'étude de l'état mental antérieur et des différents événements qui peuvent avoir influencé le psychisme de Rose, nous la montre à l'âge de 21 ans au moment de la mort de son père, après une enfance choyée, obligée avec Antoinette de travailler du jour au lendemain pour aider les enfants plus jeunes, malgré le manque de préparation. Elles ont témoigné, suivant les paroles d'une de leurs sœurs plus jeunes, d'une énergie et d'un courage admirables.

Nées difficiles, elles ont eu l'une et l'autre une vie de déception et d'amertume, Antoinette en a été aigrie et durcie. Rose en a été accablée.

L'accès dont souffre Rose a été précédé de plusieurs internements. Le premier a eu lieu à l'âge de 33 ans, en juin 1908, après son accouchement. Le 2<sup>e</sup> le 26 juin 1918, après une hystéropexie, le certificat d'internement était ainsi conçu : « Excitation maniaque, logorrhée avec écholalie, causticité, agitation extrême, menaces, violences, paraissait vouloir se jeter par la fenêtre. Réaction pupillaire normale. Aurait été opérée récemment » (D<sup>r</sup> DE CLÉRAMBAULT.)

L'accès actuel se trouve résumé dans le certificat immédiat à l'Asile Clinique : « Excitation hypomaniaque. Loquacité. Fuite des idées. Plaisanteries. Jeux de mots. Désordre des actes. Traité pour psychose puerpérale en 1908. Ecchymoses nombreuses. A maintenir. Douleur et impotence de l'épaule gauche » (D<sup>r</sup> CAPGRAS).

Ces accès semblent donc avoir été toujours analogues.

Entre les accès, le caractère de Rose était affectueux, sociable.

Rose a toujours éprouvé le besoin de s'appuyer à une tendresse, elle n'a trouvé que froideur chez son mari, dureté et jalousie (malgré son attachement réel) ; chez sa jumelle, dureté de cœur et ingratitude chez son fils. Dans l'ensemble de sa vie, Rose affiche une incrédulité à base de matérialisme scientifique assez primaire. Ces derniers mois, elle semblerait tendre parfois vers un retour sentimental à la religion. Pour terminer, notons une conscience, une honnêteté professionnelle très marquée.

#### ÉTAT ACTUEL DE ROSE :

Le début paraît peu facile à préciser exactement ; depuis l'enfance, on relève des alternatives d'euphorie et de petites dépressions. Rose, très malheureuse dans ses rapports avec son fils et sa belle fille devenait depuis

quelques mois fort nerveuse et agitée, mais cela ne paraissait point anormal. Elle continue à travailler par nécessité jusque fin décembre 1935, elle vient de se séparer, non sans drame, de son fils et de sa belle-fille, et attend dans une situation très inconfortable son entrée à la maison de retraite de Villejuif. Elle craint, jusqu'à la dernière minute qu'on ne l'accepte pas.

Elle est acceptée à Villejuif dans les premiers jours de février. Aussitôt se déclare une joie disproportionnée avec le confort et la liberté dont elle jouit.

Sa sœur dira : « Elle est venue me voir dans un état de joie débordante, évidemment déjà malade, ne tarissait pas d'éloges sur la maison, le personnel, les pensionnaires ; naturellement économe, elle se livra à de multiples achats pour arranger sa chambre. Un jour de verglas, elle fait une chute et à partir de ce jour, l'excitation croît. Ses propos, d'ordinaire corrects et réservés deviennent érotiques et scatologiques. A la volubilité des paroles se mêlent quelques éléments mégalo-maniaques. Un jour, elle jette sur la table plusieurs billets de banque, en disant à l'infirmière : je n'en ai plus besoin. Elle se barricade dans sa chambre et s'endort sous le lit. A cette période de début, elle inventait mille maladies imaginaires qu'elle surmontait. Nous avons vu le certificat d'internement du 21 février, date de son entrée à Sainte-Anne.

Au début de son séjour dans le service, cette malade présentait un état d'excitation maniaque atypique.

#### OBSERVATION D'ANTOINETTE

L'enfance d'Antoinette se confond en règle, avec celle de Rose. L'âge de la première dent, de la marche, de la parole, de la menstruation. Notons un retard d'environ un mois. Les maladies ne présentent rien de particulier : ce sont rougeole, varicelle, angine. A l'âge adulte, pas de maladie. A l'école, elle apprenait convenablement, assez bien douée au piano, tout comme Rose, elle préparait la musique, elle abandonne l'école pour s'y adonner exclusivement. Après la mort de son père, elle prépare le brevet simple et le passe à l'école. Ses amitiés, ses camaraderies furent fidèles, sans drame, comme celles de Rose. A la maison : d'une conduite normale, elle avait cependant une tendance à être autoritaire, jalouse. Elle exerce le métier de professeur de piano après la mort du père et témoigne toujours d'une ténacité au-dessus de la moyenne, elle ne quitte sa profession musicale que pendant la guerre, par manque d'élève, pour être secrétaire d'un avocat chez qui elle travaille jusqu'à sa mort. Formée à 12 ans, ses règles, à la différence de celles de Rose, étaient régulières. Elle demeure célibataire. Elle ne semble pas avoir fait d'abus de toxiques, de boissons alcooliques ; signalons l'abus du café très fort. Son état mental à l'âge adulte était surtout coléreux et jaloux. Cependant, extrêmement dévouée

et désintéressée, elle travaille pour élever les enfants plus jeunes, mais elle a la sensation de se sacrifier, non sans amertume. Quand sa jumelle s'est mariée, il y a eu une crise sentimentale violente. Elle n'a pas pardonné à Rose son mariage (lorsque Rose fut veuve) et son fils, leur a rendu la vie impossible, ainsi qu'à sa mère avec qui elle vivait. La maladie dont Antoinette est décédée a été caractérisée par un médecin, ami de la famille : « État maniaque ayant évolué rapidement vers le délire aigu » survenu au premier jour de convalescence d'une angine et s'accompagnant de rhumatisme infectieux ; pendant trois mois les moments de lucidité ont été courts et brefs. C'était surtout des manifestations d'idées mystiques. Au début, des violences contre elle-même, elle se heurtait la tête contre les murs affirmant : cela fait mal, mais il le faut, elle voulait, de plus, se jeter par la fenêtre.

Puis, le délire devint presque constant.

Elle disait entendre un oiseau qui lui disait : « frappe, frappe », elle prétendait obéir à cette voix en se cognant la tête contre les murs.

# RÉSUMÉ DES DIFFÉRENCES ET ANALOGIES PHYSIQUES ET PSYCHIQUES DES DEUX JUMELLES : ROSE ET ANTOINETTE

Nous avons vu à l'occasion des critères de SIEMENS leurs légères différences physiques et physiologiques, leur grande ressemblance.

Différences et analogies psychiques :

|               | ROSE                                                                             | ANTOINETTE                                                                |
|---------------|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| Toxiques....  | Communs : le café très fort, dont elles abusent toutes les deux.                 |                                                                           |
| Scolarité.... | Rose moins avancée.                                                              |                                                                           |
| Talent .....  | Piano.                                                                           | <i>id.</i>                                                                |
| Etudes.....   | Egale adresse manuelle.                                                          |                                                                           |
| Tempérament   | Hardie.                                                                          | Peureuse.                                                                 |
| Caractère ..  | Gaie.                                                                            | Triste.                                                                   |
|               | Douce, malléable, tendre                                                         | Autoritaire, irascible.                                                   |
|               | « Toujours neurasthénique ».                                                     | Dure, sèche, volontaire, énérgique.                                       |
| Affectivité.. | Affectueuse, sociable, tendre, mais toujours repoussée. Mari froid. Fils ingrat. | Attachement réel à sa jumelle, mais toujours mêlé de jalousie, de dureté. |

On ne voudra jamais de moi. Toujours malheureuse. « Antoinette avait le cœur sec comme un coup de trique ». Tenait Rose sous sa tutelle.

Dépression, Crise sentimentale vers 25 ans.

Mariage . . . . . Malheureuse en mariage. Provoque chez Antoinette une jalousie féroce.

Un enfant et infection puerpérale, et psychose. Antoinette reste jeune fille. Aurait eu un ami, mais Rose ne peut préciser les limites de cette amitié.

Veuvage. — Elève le fils de Rose contre sa mère.

Réactions devant l'adversité . . . . . Réactions identiques à la mort du père, avec des nuances, suivant le caractère de chacune :  
Rose accablée. Antoinette aigrie et durcie.

Retour à une vie commune des deux sœurs, lors du veuvage de Rose, dans le but d'élever le fils.

De ce tableau résumé, que conclure :

1<sup>o</sup> L'existence d'analogies de différences :

a) analogie dans : scolarité, talent, études. Les réactions générales devant l'adversité ;

b) différence dans le : tempérament, caractère, affectivité, les réactions psychologiques aux facteurs externes ; heureux ou malheureux.

Si nous voulons voir de plus près le problème :

Adaptation identique aux facteurs externes.

Scolarité. Étude des talents. Réaction de teinte différente dans le cours de la vie (en fonction du caractère propre à chacune des jumelles. Ces teintes différentes se retrouvent jusque dans leurs réactions psychopathiques.

Rose : syndrome maniaque dépressif ;

Antoinette : État maniaque évoluant seulement vers le délire aigu, avec idées religieuses.

2<sup>o</sup> Vie également dissemblable des deux sœurs en des conditions partiellement opposées, la plus éprouvée par la vie, étant la plus souvent malade au point de vue mental.

Nous avons là une observation analogue à l'observation théorique de SOUKHANOFF : à des conditions de vie différentes, cor-

respondent, chez ces jumelles, des troubles psychologiques et mentaux analogues, mais de modalités opposées.

De notre observation, nous dégageons une analogie globale des réactions devant les facteurs externes, une différence dans le tempérament, le caractère, l'affectivité de nos deux jumelles. Si nous accordons aux facteurs externes la valeur de la « nurture » au sens de Galton, devons-nous assimiler ces différences à la « nature » ? Ce serait assez séduisant. Mais, accorder au tempérament ou au caractère, à l'affectivité d'un individu une valeur héréditaire, est peut-être un peu trop hypothétique et contradictoire *a priori*. Il nous faudrait bâtir encore d'autres hypothèses pour justifier les différences de nos deux jumelles, aussi vaut-il mieux simplement constater les faits que de leur donner une interprétation arbitraire.

## OBSERVATION II

(Observation due à l'obligeance des D<sup>rs</sup> EY et PICARD)

Asile de BONNEVAL)

Ch. Marie et Ch. Marguerite, nées le 3 février 1893, célibataires, sans profession, sont placées à l'Asile de BONNEVAL à des dates différentes : Marie, le 5 octobre 1922 ; Marguerite, le 13 décembre 1936.

*Antécédents héréditaires :*

Père et mère décédés. La mère aurait eu vers l'âge de 70 ans un accès dépressif qui a duré plus de deux ans.

Les deux jumelles ont reçu une bonne instruction. Brevet élémentaire à 15 ans, brevet supérieur à 17 ans 1/2.

A l'entrée, elles présentaient une assez forte ressemblance physique, mais actuellement, des différences se sont accusées (Marie est très grosse, Marguerite assez maigre). On ne trouve même plus l'identité des traits du visage, si ce n'est le teint coloré chez toutes deux. Cheveux bruns, yeux marrons.

Marie : Internée à l'âge de 29 ans, après un premier séjour à l'Asile de CLERMONT.

A l'entrée état de manie aiguë. Très turbulente ; cris, chants, propos incohérents. Frappe parfois les autres malades. Gâte souvent pendant les périodes d'agitation.

Ces accès durent environ un mois ou quelquefois six à sept semaines. Puis la malade se calme et tombe dans un état d'apathie et d'indifférence ; elle ne parle plus, ne fait plus rien. Quelques moments de calme pendant

lesquels elle peut être occupée à la couture, mais elle refuse d'aider dans le service « parce qu'elle paye ».

Si l'agitation éclate en même temps pour les deux sœurs elles se disputent et sont très malveillantes à l'égard l'une de l'autre; pendant les périodes d'acclame, elles se témoignent au contraire de l'affection. Marie est cependant moins ombrageuse et moins méchante.

*Marguerite* : internée à Bonneval à l'âge de 33 ans, mais plusieurs internements antérieurs.

De 1910 à 1915, deux séjours dans des maisons de santé privées.

1<sup>er</sup> Internement à l'Asile de Clermont du 15 juin 1916 au 10 mai 1918.

2<sup>e</sup> Internement le 26 octobre 1923 à l'Asile de Bonneval. Certificat immédiat : « Paraît atteinte de dégénérescence mentale ; exaltation intellectuelle ; volubilité extrême ; actes désordonnés ; idées vagues de persécution. Sœur jumelle internée à l'Asile de Bonneval. Internements antérieurs. »

Sortie améliorée le 1<sup>er</sup> décembre 1923. Chez elle traverse quelques crises de dépression puis d'excitation psychique sans agitation (entreprend plusieurs travaux à la fois sans en terminer aucun). Gaieté exubérante. Période de suractivité physique et psychique.

Le 13 décembre 1926, l'agitation devenant plus intense, nouvel internement. Malade expansive, euphorique, loquace, sans suite dans les idées. Mémoire conservée, orientation parfaite ; instabilité de l'attention, fuite des idées.

Pendant les périodes d'agitation, devient méchante et difficile. Autoritaire, très insolente avec le personnel, frappe les autres malades, les sœurs et les infirmières.

Quelques périodes de dépression avec pleurs, mutisme complet ou semi-mutisme. Ces accès dépressifs sont plus fréquents chez Marguerite. Marie est surtout agitée, elle a les mêmes symptômes mentaux que sa sœur, mais plus accentués et n'ayant présentés aucune amélioration depuis son séjour à l'Asile.

L'examen physique ne révèle rien d'anormal. Marguerite ayant eu des métrorragies, l'examen montre un utérus augmenté de volume et une cure radiothérapique est ordonnée.

Le 12 décembre, examen des deux jumelles. Marie, très agitée, agressive, refuse de répondre à toutes nos questions. Dit être de l'Assistance Publique et ne rien savoir de sa famille. Interrompt violemment toutes les réponses de sa sœur, qu'elle traite de « folle ».

Marguerite, calme et docile, répond volontiers à l'interrogatoire.

Il s'agit vraisemblablement de jumelles univitellines comme le montrent les empreintes digitales absolument identiques, les examens sanguins (formule leucocytaire — groupes sanguins, etc) faits au Laboratoire de l'Asile de Bonneval le 16 novembre 1936.

MARGUERITE :

|                         |                                   |
|-------------------------|-----------------------------------|
| Hématies.....           | 3.710.000                         |
| Hémoglobine .....       | 80                                |
| Valeur globulaire ..... | 1, 07                             |
| Leucocytes .....        | 5.400                             |
| Lymphocytes .....       | 26                                |
| Mononucléaires .....    | 0                                 |
| Poly-neutrophyles ..... | 71                                |
| Poly-éosinophyles ..... | 3                                 |
| P. H. ....              | 7, 62                             |
| Glycémie .....          | 0, 99 <sup>0</sup> / <sub>0</sub> |
| Groupe sanguin .....    | IV                                |

MARIE :

|                         |                                   |
|-------------------------|-----------------------------------|
| Hématies.....           | 3.850.000                         |
| Hémoglobine .....       | 80                                |
| Valeur globulaire ..... | 1, 03                             |
| Leucocytes .....        | 4.780                             |
| Lymphocytes .....       | 30                                |
| Mononucléaires .....    | 3                                 |
| Poly-neutrophyles ..... | 64                                |
| Poly-éosinophyles ..... | 4                                 |
| Glycémie .....          | 1, 14 <sup>0</sup> / <sub>0</sub> |
| P. H. ....              | 7, 59                             |
| Groupe sanguin .....    | IV                                |

OBSERVATION III

OBSERVATION DES SŒURS JUMELLES M. DE F. : PAULE et LAURE  
(Observations du service de M. le D<sup>r</sup> DEMAY)

*Antécédents familiaux :*

En général ils n'ont pu être précisés, seul le caractère bizarre de la mère est à retenir. Notons que le père était professeur de mathématiques, surmené et peut-être tuberculeux.

Chez les ascendants nous ne trouverons pas trace d'intoxication. Ces malades ne sont point enfants naturels. Nous n'avons pu avoir d'éléments sur les tares de parents lors de la conception ; le père est mort jeune.

Nous ne pouvons avoir d'autres renseignements sur la grossesse.

Remarquons qu'une sœur aînée a été internée pour démence précoce quelques années avant celle-ci.

Nous avons écrit à la mère pour avoir des renseignements sur la nais-

Jean Carrère.

4

sance, le genre de gémellarité, les conditions de l'accouchement, sur le développement, tant psychique que physique de ces enfants ; elle ne nous a pas répondu, aussi ces données intéressantes pour l'étude d'une psychose gémellaire nous font-elles défaut. Nous ne savons pas non plus quels furent les moyens d'existence de ces malades, les diverses maladies dont elles furent atteintes.

#### A. — OBSERVATION DE PAULE M. DE F.

De l'examen de VIE et DUPONT, en 1929, nous avons tiré les renseignements suivants que nous n'avons pu compléter en dépit de nombreuses recherches :

*Antécédents personnels* : A 18 ans, début difficile de sa puberté, anéantissement progressif de son activité supérieure.

En 1919 : Troubles mentaux, étiquetés d'emblée : « Démence précoce avec indifférence affective, désordre de la tenue et des actes, vagues idées délirantes de persécution, inconscience complète de sa situation ».

D<sup>r</sup> MAILLARD, 7 mars 1919.

En 1927 : Paule devient gâteuse.

Depuis le début, elle est restée totalement inactive, le plus souvent confinée au lit, indifférente à ce qui se passe autour d'elle, elle ramasse les ordures, les garde dans ses mains, les met dans son lit. Son silence est rompu par quelques rires explosifs. Par instant, elle semble entendre des voix et profère alors quelques injures, des phrases incohérentes. Des impulsions violentes coupent l'inertie habituelle. A table, Paule menace les infirmières, brandit son assiette, projette sa timbale.

La malade est habituellement assise, la tête obstinément baissée, réduisant en charpie un morceau de chiffon qu'elle tire entre les doigts. Une montre l'amuse, elle rit et lève la tête, mais clot les paupières avec énergie ; il n'est pas possible de voir ses yeux.

Elle oppose une grande résistance à l'examen physique.

*Signes physiques* :

*Asymétrie faciale*, séborrhée de la face, tremblement des mains et de la langue.

Incisives et canines de la mâchoire supérieure sont *abrasées* par le rongement d'objets les plus divers.

Réflexes tendineux normaux. Acrocyanose.

Menstruation actuellement régulière.

ÉTAT ACTUEL (17 juillet 1936).

*Aspect extérieur de la malade* : De physionomie maussade, les sourcils froncés, l'attitude affaissée, d'un aspect figé et inexpressif, d'un abord

méfiant, la malade très opposante se laisse difficilement conduire par l'infirmière. Le négligé de sa tenue est souligné par le désordre des vêtements, l'absence de chaussons ; les cheveux retombent sur les yeux en dépit d'un ruban en forme de bandeau.

*Fonctions psychiques* : Le fond mental de la malade se montre fortement affaibli. Elle présente une désorientation totale dans le temps ; une désorientation dans l'espace.

La conscience imparfaite de son état se traduit au cours de l'interrogatoire : « Quand j'avais mon intelligence, on disait (elle déraile, elle ne déraile pas ». La dissociation des fonctions psychiques apparaît, tout au long de l'interrogatoire elle ne répondra qu'à des questions réitérées.

Des perceptions sont insuffisantes, fortement diminuées.

Elle semble hallucinée la nuit, ce serait, au dire de l'infirmière « toujours des hommes » — quand nous lui demandons : « est-ce des dames ? » elle ne répond point. « Est-ce des messieurs ? Ces c..., ils me font c..., ils « me parlent, ils m'embêtent, ils ne me font pas mal, ce sont des gestes « des chansons ».

Toutes les questions sont comprises avec retard. Il faut répéter les demandes. Les réponses sont habituellement incohérentes. L'évocation des souvenirs est difficile et lente.

« J'étais à Saint-Malo en 1911, j'avais 11 ans. J'ai 12 ans maintenant « (elle compte sur les doigts). Il y 11 ans que je ne vais plus à l'école. »

Toutes les images mentales paraissent confuses, effacées, cela en relation avec l'amnésie, étendue à l'amnésie d'évocation, de fixation, de conservation. C'est ainsi que, lorsque nous lui dictons son nom, elle l'écrit, puis l'orthographe de quelques autres mots dictés à la suite s'altère, l'attention faiblit. Paule se borne à copier les mots de la ligne subjacente.

Nous trouvons des troubles de l'affectivité manifestes : « Voulez-vous voir votre mère ? »

R. « Oui... oui... non.

D. « Votre sœur ? »

R. « ..... »

Le sens moral est particulièrement affaibli, elle vole les provisions de ses voisines, se lève la nuit pour frapper une malade dont les cris l'importunent. Les sentiments de crainte sont abolis.

Négativisme, opposition, se retrouvent à chaque question. Elle ne veut pas écrire quand on le lui demande, écrit quand on le lui défend.

On ne peut arriver à la faire lire, ce ne sont que des lettres « insignifiantes » pour elle, comme tout ce qui ne s'intègre pas dans le cours de sa pensée. L'instinct sexuel paraît aboli ; lorsqu'on lui parle de mariage, elle arrive à parler d'un jeune homme, ce jeune homme vient la voir la nuit.

Q. — « Que fait-il ? »

R. — « Il n'est pas là, il fait ses affaires. »

Nous ne pouvons la faire préciser, elle ne comprend pas le sens exact de la question. L'incohérence et la dissociation sont l'état normal de la malade.

*Le langage.*

1<sup>o</sup> Parlé : Lent, hésitant, parfois agressif, rapide, bref, incompréhensible. 2<sup>o</sup> Écrit : Lent, caractères tremblés avec de nombreuses fautes d'orthographe. Le langage paraît de vocabulaire restreint, souvent grossier, généralement amimique avec réaction d'irritabilité.

*Comportement.*

Paule mange voracement. Elle est sale, ne fait jamais sa toilette. Puérile, Paule bouche la fontaine avec des morceaux de pain pour voir couler l'eau à terre. Attitude catatonique, ou presque. Assise dans un coin, par terre, la nuque fléchie les jambes croisées. Parfois accroupie dans son lit, on ne la fait agir que par la douceur, et dans certaines limites. Elle s'égratigne la figure, ramasse souvent des saletés, des ordures, elle est toujours la dernière à table.

EXAMEN PHYSIQUE :

Pas de troubles de la motilité, seules quelques contractures de la face.

Sensibilité : Pas de céphalalgie.

Pupilles : normales.

Sommeil : fréquemment : insomnie, cris.

Appareil circulatoire : Troubles vaso-moteurs aux extrémités, à la face.

Pas de crises syncopales.

Fonctions digestives : Gros appétit, voire : boulimie. La malade mange salement.

Règles : Excitation et cris plus marqués au moment des règles.

B. OBSERVATION DE LAURE M. DE F.

*La Maladie actuelle.* — La maladie actuelle a débuté aux environs de juillet 1923, Témoin, le certificat du D<sup>r</sup> LOGRE :

« Est atteinte de troubles psychiques polymorphes. Phases d'anxiété récente. Hallucinations probables visuelles, s'est sauvée sur les toits devant des ennemis qui voulaient la tuer, tenant elle-même deux couteaux, elle parlait de tuer sa mère. »

« Craignait d'être guillotinée ; sur le point d'être capturée, elle a sauté du premier étage dans une cour. Plaie superficielle au genou. »

« Bavardage, érotisme, maniérisme, néologismes, je ne suis pas une révoquée, oppositions, agitations violentes par intervalles, excitation psychique, débile ou hébéphrénie, pouls 80. » (16 juillet 1923).

15 Août 1924. — Est atteinte de débilité mentale dégénérative (Jumelle D. P.) hallucinations et persécutions (Dr MARIE).

16 avril 1927. Certificat de situation :

« Démence précoce, agitée. Violences nécessitant les moyens de contention par périodes de quelques jours. Cas familial, indifférence et « même animosité envers sa sœur. »

Ces trois certificats montrent bien l'évolution de la maladie. Rappelons auparavant quelques éléments de l'évolution. Peu de temps après l'internement, *Laure* se défend d'avoir voulu tuer sa mère. « Je n'aurais jamais voulu tuer cette femme. » Elle raconte en riant que son père est mort. Si elle a sauté du premier étage dans une cour, c'est qu'elle avait peur d'un loup.

Tout au cours de son internement elle s'est montrée opposante. Il a été impossible de la vacciner. Le collectionnisme et le ramassage l'ont amenée à frapper avec l'aide de sa sœur une infirmière désireuse de mettre de l'ordre. A partir de 1929, *Laure* devient gâteuse, elle s'excite, se dispute souvent avec les « invisibles », essaye de les atteindre avec son chausson. Elle présente des hallucinations de l'ouïe et des réactions à ces hallucinations. Elle entend sur le parquet quelqu'un qui lui dit : « On va lui donner un coup de pied. »

ÉTAT ACTUEL. EXAMEN CLINIQUE. — Septembre 1936.

*Aspect extérieur.* — D'une tenue négligée caractérisée par la stéréotypie des gestes (elle frotte ses mains l'une contre l'autre d'une manière continue). Son facies est vague, amimique parfois, avec un sourire sans cause apparente.

Les yeux baissés, les cheveux bruns, un grain de beauté au pli nasogénien gauche, deux grains de beauté à la joue droite.

Comme sa sœur acrocyanose et léger balancement du tronc, une raideur et un tremblement prédominant du côté gauche, comme elle, l'attitude affaissée, la nuque fléchie.

D'abord méfiante, mais susceptible d'évoluer vers la confiance, *Laure* se présente avec une légère résistance.

*Fonctions psychiques.* — Le fond mental de la malade est celui d'un état dementiel. Désorientée dans l'espace : « je suis dans le bureau, ce n'est pas un hôpital, ça n'a pas de nom, c'est une maison en clous. » Désorientée dans le temps de façon variable, les perceptions semblent normales, mais il s'y ajoute souvent des hallucinations. Nous avons vu lesquelles, lors de l'évolution de la maladie. Actuellement nous ne pouvons les déceler. Le syndrome de Ganser est typique, chez elle.

D. — « Voulez-vous voir votre mère ? »

R. — « Une maison en clous, je ne sais plus ce que j'é fais, je voudrais prendre le caniche. »

Les questions sont peut-être comprises. Les réponses semblent relever

du négativisme ou de l'ironie morbide. Nous avons essayé de mettre en évidence le trouble de l'association des idées ; celles-ci semblent ralenties en leur cours et incohérentes.

D. — « Où êtes-vous ici ? »

R. — « Je ne sais plus ce que je fais. Je ne voudrais plus prendre le camion, ici c'est le camion, il me laisse toujours ici. »

L'imagination est diminuée d'une façon globale. L'étude des autres fonctions psychiques nous les montre atteintes dans la même mesure que celle de *Paule*. Toutefois, l'affectivité paraît être mieux conservée lors de la recherche de son orientation dans le temps, elle répond d'une façon plus sensée :

« Je ne compte pas les jours, les mois, dit-elle ; à l'inverse de sa sœur : absence de préoccupations érotiques, pas d'idées délirantes nettes ; il en est apparu de frustes au cours de l'évolution. Les réactions de Laure tout au cours de son internement ont été quelquefois impulsives. Elles paraissent exclusivement automatiques, faites d'impulsions simples, de stéréotypies, de négativisme.

Rappelons la bataille livrée par les deux sœurs à une infirmière.

Les troubles du langage, le comportement de *Laure* sont analogues à ceux de *Paule*.

L'examen physique révèle des modifications semblables.

De l'examen de *Laure* et de *Paule* que conclure ? Ces deux malades sont atteintes de démence précoce, la maladie présente chez elles un tableau identique, nous ne trouvons pas de différence sensible entre nos deux malades. Le début cependant aurait été chez l'une : hébéphrénie délirante ; chez l'autre : catatonie. *Laure* nous paraît être moins atteinte. Pouvons-nous individualiser un caractère particulier sous la dépendance d'une inégalité physique et psychique ? Non. Ce tableau de démence gémellaire semble bien entrer dans le cadre de la folie gémellaire de BALL.

Homochronie relative, identité de tableau clinique, spontanéité de la maladie, remarquons encore le peu d'effet thérapeutique créé par la séparation des deux malades, ce sont, il est vrai, des Démentes précoces.

Au point de vue purement gémellaire, cette observation n'apporte rien de nouveau, telle serait notre conclusion sans l'existence de *deux autres sœurs internées elles aussi pour D. P.* Cette psychose gémellaire entre donc bien dans le cadre des psychoses familiales, ainsi que M. DEMAY l'avait montré dans sa thèse en 1913. Déjà publié sous la forme de D. P. familiale par VIE et DUPONT, l'observation de ces malades méritait d'être reprise. Ce cas permet

de penser qu'il n'est peut-être pas des psychoses jumeillaires, mais des psychoses pouvant revêtir au début de leur évolution un aspect particulier du fait de la jumeillité. Mais ici, le seul intérêt de ce cas semble être le facteur héréditaire dont il témoigne. La désintégration psychique est actuellement très poussée : en ce cas de démence, la psychose a perdu tout caractère spécial à la jumeillité du fait de la destruction totale de la personnalité du sujet.

## OBSERVATION IV

### OBSERVATIONS DES SŒURS J..., IDA ET REINE

Déjà présentées par MM. HEUYER et LONGUET à la séance du 9 juillet 1935 de la Société Médico-psychologique.

Nous avons pu suivre l'évolution de ces deux jumelles à l'Asile de Maison Blanche, l'une dans le service de M. le Dr CHATAGNON dont nous étions l'interne, l'autre dans le service de M. le Dr BEAUDOUIN.

Nous avons obtenu quelques précisions sur l'hérédité de ces jumelles, précisions bien incomplètes mais cependant intéressantes. Le jumeillité semblerait être d'origine paternelle. Du côté maternel, on ne signale pas, en effet, l'existence de jumeaux, pas plus que de troubles mentaux, aussi loin que puissent remonter les souvenirs de la famille. *Du côté paternel au contraire, la grand'mère signale l'existence de jumeaux* dans les générations antérieures à la sienne. Elle-même a mis au monde six enfants et parmi ceux-ci : 1° un couple de jumeaux bivitellins, de sexes différents 2° un fils, père de deux jumeaux de sexes différents, bivitellins par conséquent. Ces jumeaux sont les cousins germains de nos malades. 3° Le père de nos deux jumelles. 4° Une fille internée. 5° Un garçon sain.

Signalons, au point de vue hérédité psychiatrique que la tante paternelle a été internée pour accès dépressif pendant quelques mois, accès provoqué occasionnellement par l'émotion consécutive à une chute (?) de sa mère, du premier étage. De plus, le père de nos deux malades est d'un naturel méfiant, vif, emporté, brutal, il paraît à M. le Dr HEUYER quelque peu paranoïaque. Sa femme déclare : « Il avait la main leste et corrigeait souvent nos filles. » Reine, elle-même dira : « les gifles étaient les moindres des coups que nous recevions. » Une tante paternelle serait morte d'une tumeur gastrique. En ce qui concerne les troubles psychiques de nos deux malades, nous n'avons rien à ajouter à l'observation de MM. HEUYER et LONGUET. Cependant, en ce qui concerne le délire éroto-maniaque de Marie-Ida, nous avons l'impression que l'objet a

peut-être favorisé les débuts de cette violente passion. Nous croyons utile de rappeler le certificat d'internement de M. HEUYER pour Ida :

« Psychose gemellaire à formule individuelle et de commune systématisation. Érotomanie. Amoureuse de professeur. État passionnel, conviction délirante d'être aimée. Phase persistante d'amour ; épreuves imposées par M. M. : refus des lettres, déclaration, demandes de rendez-vous, visite au domicile. Érotisme des propos et des écrits : Extension du délire par collaboration de la sœur jumelle. M. M. est Mussolini. Filiation impériale. Elle est « Catherine de Russie ». Protection occulte. Mépris et haine exprimée à l'égard des « faux parents ». Accusations contre le père. Violences contre la mère. Déséquilibre ancien. Fixation réciproque des deux sœurs. Vie en commun. Identité des réactions. Autodidactisme et ambition conjuguées. Baccalauréat. Licence. Ténacité dans l'effort qui finit par être efficace. »

Début de l'érotomanie en janvier 1935. Révélation interprétative et intuitive le 17 juin à la suite d'incidents d'examen. Arrêtées sur la plainte de la concierge d'un immeuble où habite leur ancienne maîtresse de piano à qui elles auraient demandé vraisemblablement de les recevoir. Refus de sortir ; décision de passer la nuit dans le couloir.

Chétivité, hypotrophie staturale et pondérale. Pas de signes neurologiques. Gémellité univitelline.

## 2° POUR REINE :

« Psychose gemellaire à formule individuelle et de commune systématisation. Acceptation de l'érotomanie de sa sœur qu'elle protège. Paraît avoir l'initiative de l'extension délirante aux idées de filiation. Reconnaissance de M. M. sur un portrait de Mussolini. Identification immédiatement acceptée par la sœur Ida. Même origine de l'origine première d'Ida, devenue « Catherine de Russie ». Sur ces thèmes mégalomaniques, l'activité délirante initiale paraît revenir à Reine, plus grande, plus forte et dont les succès scolaires étaient plus rapides que ceux d'Ida. Autodidactisme commun. Réactions identiques de haine et de mépris à l'égard des parents. Orgueil paranoïaque renforcé par les derniers événements. Certitude d'un protection mystérieuse et puissante. Persécution de la part des parents et des professeurs. Force souriante maintenue par la réciprocité de la tendresse des deux jumelles. Chœur alterné des deux sœurs dont les propos se complètent. Épreuves qui se termineront par un seul triomphe.

Chétivité : Taille 1 m. 45. Pleurésie à 16 ans. Gémellité univitelline. Identité dans la première enfance. Quelques distinctions morphologiques de détails à partir de la puberté. »

Il existe une différence nette entre les deux sœurs : *Marie-Ida* est manifestement moins intelligente que *Reine*, différence notée en particulier

dans les écrits, les idées et le style. Les écrits portent comme en-tête : Pour M. Mussolini, puis, à côté : M. M... rue... N°...

Paris.

Les lettres fourmillent d'interprétations, mais d'interprétations favorables à la vanité de la malade, intégrées dans le syndrome érotomaniaque.

« Les infirmières appellent ce dortoir « le quartier chic » et aussi une « maison de convalescence » et moi un « ouvroir ». Je crois que ce dortoir l'est devenu, parce que, comme à Sainte-Anne, les personnes sont ici : « aux frais de la princesse » (aux miens). »

Elles sont payées pour le faire croire, que je ne suis rien du tout.

*Marie-Ida* paraît actuellement stabilisée en son thème délirant, les idées exprimées dans ses écrits sont fonction de ce thème : interprétations intégrant les incidents extérieurs dans le thème délirant.

*Reine*, au contraire, paraît beaucoup moins débile. Ses écrits, ses propos reflètent le thème commun aux deux sœurs.

Mais, au contraire de *Marie-Ida*, le thème délirant est chez elle en pleine évolution. Le syndrome Érotomaniaque se constitue graduellement dans ses écrits et en un cours parallèle à la formation du thème délirant de sa sœur, l'objet se précise, et se confond avec le Comte Ciano :

*Le 18-10-36* : « J'avais oublié de dire que j'obéirai à mon mari... Comme c'est un mariage secret comme Vous (Mussolini) et Marie... je serai mariée sous peu et il me semble que ce sera à lui à venir me chercher. J'ai demandé à le voir (le futur mari) mais je crois bien que je ne le verrai pas avant d'être chez lui.

*28-10-36* : Je suis de plus en plus sûre que vous êtes le Comte Ciano, j'ai vu sur *Paris-Soir* quelque chose sur ce remplaçant. (Tout comme Mussolini, le Comte Ciano aurait un sosie), ce n'était certainement pas lui qui était sur *Excelsior* ces derniers temps... j'ai vu une quatrième photo du Comte Ciano sur *Excelsior* avec Adolf Hitler... il paraît très beau, vous allez être en colère si ce n'est pas vous, mais c'est de votre faute.

*5-11-36* : Je crois toujours que vous êtes le Comte Ciano. »

Après avoir été séparée de sa sœur, environ deux mois après, *Reine* présente un syndrome érotomaniaque homologue de celui de sa sœur, d'évolution graduelle, complet en quelques jours. Nous croyons pouvoir qualifier ce cas de psychose gémellaire idéale, nous pouvons le rapprocher de celui publié par M. le Professeur CLAUDE. Il ne paraît pas y avoir de contagion mentale, de délire inducteur et de délire induit. Le délire d'interprétation préexistait au syndrome érotomaniaque.

Cette observation entre dans le cadre de la folie gémellaire de BALL. Notons, conformément aux conclusions de M. CLAUDE, le peu de succès thérapeutique consécutif à la séparation des malades.

## OBSERVATION V

V. Andrée, femme L. et V. Rolande, âgées de 25 ans, femmes de ménage, entrent à la Maison de Santé départementale de Blois à des dates différentes. Rolande, le 16 janvier 1933 ; Andrée, le 15 mai 1935.

Elles appartiennent à une famille de cinq enfants, bien portants. Un frère, âgé de 18 ans, arriéré qui présente des troubles du caractère ayant nécessité son placement dans une maison d'éducation surveillée, a attiré récemment l'attention sur lui en provoquant une évasion dont nous avons rapporté la pittoresque histoire. Une grand'tante maternelle aurait eu deux jumeaux. Un des frères de la mère est également père de deux jumeaux.

On ne possède aucun renseignement sur la famille du père qui est un enfant assisté. Aucun antécédent pathologique n'est signalé, à part l'alcoolisme du père ; pas d'internement.

La mère qui dit être nerveuse et émotive, n'a jamais fait de fausses couches. Sa grossesse gémellaire a évolué normalement, sans incidents. Elle était alors âgée de 31 ans, le père de 41 ans.

Les jumelles sont nées trois semaines avant terme. Elles ont été nourries au sein, ont marché à 20 mois ; Rolande a prononcé les premières paroles à 1 an 1/2, Andrée à 2 ans et elle garde une blésité assez accentuée. La dentition a été normale. Ainsi, chez ces deux jeunes filles on observe un retard important dans l'apparition des étapes normales du syndrome infantile psycho-neuro-musculaire. Pas de convulsions dans l'enfance ; pas de maladies, seulement la coqueluche à trois ans. Règles à 16 ans. Les jumelles ont fréquenté l'école jusqu'à 13 ans et ont une instruction très sommaire.

La ressemblance physique est très grande : même taille, même couleur de cheveux bruns, même yeux marrons foncés.

Les troubles mentaux éclatent tout d'abord chez Rolande. Le début se manifeste trois mois après une rupture de fiançailles. Elle refuse de travailler, s'enferme chez elle, ne veut plus sortir. Elle « s'ennuie » beaucoup, dort peu, s'alimente très mal. Pleurs incessants et lamentations. Enfin, comme elle se croit atteinte de maladie mentale et manifeste des idées de suicide, l'internement est demandé par la famille.

Le certificat immédiat note une « dépression mélancolique avec découragement ; dégoût de la vie ; sentiment d'étrangeté ; préoccupations hypocondriaques : « elle n'a plus de tête à elle, elle craint de devenir folle...

Le certificat de quinzaine est ainsi conçu : « Syndrome hébéphrénocatatonique. Indifférence, maniérisme ; ambivalence, rires et pleurs sans motif ; impulsions violentes parfois » (Dr MARTIMOR). Six mois après, l'affaiblissement dementiel devient plus profond et définitif. La malade demeure immobile des heures entières dans un coin de cour. Elle parle

parfois, mais comme un petit enfant. L'humeur est instable : colères, pleurs fréquents, rires discordants, excitation érotique. Indifférence complète à l'égard de sa sœur placée dans le même service et qu'elle ne reconnaît pas. Actes démentiels (se met la tête dans les tinettes). Gâtisme.

Andrée, mariée à l'âge de 21 ans, mère de 3 enfants, morts tous les 3 à quatre mois, deux ans, six mois, de méningite et manque de soins (?). Le mari, journalier, est épileptique et violent et des scènes fréquentes éclataient dans le ménage.

Quelques jours avant l'internement, la malade s'était présentée au Commissariat de police de la ville, en tenant des propos incohérents disant notamment qu'elle avait peur chez elle et que « son mari avait rendez-vous le même jour à 11 heures avec le mari d'une de ses maîtresses et qu'ils devaient s'entretuer ». Le mari mandé aussitôt confirme que depuis quelque temps sa femme manifeste des signes anormaux : idées de jalousie, insomnies, refus d'alimentation. La malade est alors hospitalisée à l'Hôtel-Dieu où éclate un accès de violente agitation avec rires, chants, pleurs ; idées d'empoisonnement, hallucinations probables (aurait cherché à fuir pour se défendre d'êtres qui veulent la frapper).

Après une tentative de défenestration, la malade est internée.

A son arrivée à la Maison de Santé, l'agitation psycho-motrice persiste et dure plusieurs mois. Puis l'affaiblissement démentiel apparaît et actuellement la malade présente comme sa sœur des symptômes hébéphréno-catatoniques. Gâtisme.

A certains moments, semble reconnaître Rolandé qu'elle vient embrasser.

Examen physique : auscultation impossible par suite du négativisme des malades. Tension artérielle impossible à prendre.

Réflexes tendineux vifs ; pupilles en mydriase, réagissent faiblement à la lumière.

Réactions de B.-W. négatives.

## OBSERVATION VI

M. Olivier et M. Henri ; nés le 13 août 1878, célibataires, sont placés par leur famille à la Villa Lunier, à des dates différentes. Olivier le 23 janvier 1906, Henri le 14 mars 1913.

Le père et la mère étaient cousins au deuxième degré, très nerveux tous les deux. Grand-père paternel syphilitique, s'est suicidé. Grand-père maternel également suicidé.

Les deux jumeaux ont deux frères et deux sœurs (un frère capitaine de spahis, un autre médecin). Ils ont tous les deux vécu dans le même milieu, ont eu même instruction, même éducation, mêmes maladies. Tout enfants, ils ont été allaités alternativement par la mère et une nour-

rice, un jour chacun. Jamais de convulsions, ni d'affections graves ; seule la rougeole est signalée. Ils ont fait ensemble leurs études de droit, ont aimé en même temps la même jeune fille et tous les deux ont été éconduits.

*Olivier* : avocat, interné à l'âge de 27 ans. Le certificat immédiat relate : « un affaiblissement intellectuel assez prononcé avec amnésie partielle. Excitation violente par moments. Colères, menaces, erreur de la personnalité ; idées de grandeur (se fait appeler Comte de la Corbière, prince de Palerme). Déjà traité antérieurement dans une maison de santé privée » (D<sup>r</sup> DOUTREBENTE).

Licencié en droit, puis attaché au Parquet, a donné brusquement sa démission il y a 4 ans. Il a toujours été orgueilleux et fier, mais il fréquentait volontiers le monde. Depuis 4 ans, il s'est isolé, vit à l'écart des siens auxquels il ne témoigne aucune affection. Au début de ces troubles, il alla lui-même consulter le D<sup>r</sup> BABINSKI. Soigné dans une maison de santé privée pendant quelques mois, il devint sombre, peu loquace. On le transporta alors près de Châtellerault, dans un château appartenant à ses parents où il vécut, entouré de deux domestiques pendant un an, jusqu'à son admission à la Villa Lunier. Il ne sortait jamais de sa chambre, s'intéressait à peine aux journaux, ne témoignait aucun intérêt à sa famille, dont il déchirait les lettres. Devenait tapageur, bruyant jour et nuit, menaçait et frappait même ses domestiques.

A l'entrée, interrogatoire difficile, car le malade s'irrite, refuse de répondre aux questions ou répond par des injures et des mots orduriers.

Il donne cependant son identité exacte, dit qu'il n'a jamais eu de maladies graves, qu'il ne faisait pas d'excès de boisson.

Examen somatique normal. Pas de troubles pupillaires. Réflexes tendineux exagérés.

Les notations diverses que nous retrouvons sur son observation signalent toutes le négativisme et l'indifférence du malade qui reste parfois immobile de longues heures, faisant de temps à autre des gestes stéréotypés, criant des injures soit spontanément, soit lorsqu'on lui adresse la parole ; quelques impulsions à frapper et à casser les objets.

Actuellement, ce malade est dans un profond état démentiel. Lors de l'admission de l'autre jumeau, les deux frères manifestent une profonde indifférence l'un pour l'autre, comme s'ils ne s'étaient jamais connus ; cette indifférence persiste pendant toute la durée de leur séjour.

*Henri* : licencié en droit ; entré au pensionnat à l'âge de 34 ans. Vivait à Paris, à l'hôtel où il se faisait remarquer par ses allures étranges, sa variabilité d'humeur.

Certificat immédiat : « État d'indifférence affective et émotionnelle ; désorientation relative dans le temps et le lieu ; lacunes et incertitudes dans les souvenirs ; désintérêt profond pour tout ce qui se passe autour de lui et pour son avenir ; besoin invincible d'inactivité, de passivité, in-

terrompu parfois par des réactions motrices et verbales impulsives. Sujet à des accès de rires non motivés et exagérément prolongés » (Dr RAMADIER). On retrouve chez lui les mêmes idées de grandeur. Le malade dit s'appeler Henri de Saint-Simon, être commandeur de la Légion d'Honneur, être magistrat et faire du journalisme. « Il possède plusieurs domaines, a fait des pièces de théâtre jouées à la Comédie-Française. »

Tous les renseignements relatent l'affaiblissement intellectuel progressif avec indifférence et inertie. Malpropre, néglige sa tenue et ses vêtements.

En novembre 1933, le malade opéré d'urgence à la suite d'un étranglement herniaire (hernie inguino-testiculaire gauche) meurt des suites opératoires.

Différents au point de vue physique, ces deux jumeaux avaient simplement les quelques ressemblances que l'on rencontre communément chez deux frères. En outre, bien que l'affection mentale soit la démence précoce dans les deux cas, quelques symptômes sont dissemblables, ainsi les raptus violents fréquents chez Olivier, alors qu'Henri demeure toujours inerte et passif.

## OBSERVATION VII

### OBSERVATION DES FRÈRES C... (prise à l'Infirmerie Spéciale)

Jumeaux biovulaires, concordant-discordant.\*

Un seul élément du couple interné.

*Ascendants :*

Du côté *paternel* : grand-père alcoolique, grand'mère morte urémique, père bien portant.

Du côté *maternel* : présence de 2 grands-oncles ayant eu chacun un couple de jumeaux parmi leurs enfants, nous n'avons pu établir s'il y avait probabilité d'uni ou de bivitelinité.

Grand'mère bien portante. Mère en bonne santé quoique d'une constitution fragile, deux tantes bien portantes.

*Collatéraux :*

Un frère né avant terme (après une chute de la mère) décédé à 3 mois.

*Antécédents personnels :*

Des deux frères Marcel et Henri, Marcel est le malade examiné par nous à l'infirmerie spéciale.

Les deux frères âgés de 27 ans ne se ressemblent pas, bien qu'ayant la même taille, l'un est plus fort que l'autre, la couleur des yeux, des cheveux est différente, de manière nette.

Développement intellectuel identique dans son peu d'étendue ; ni l'un ni l'autre n'ont le certificat d'études primaires. Même métier (fabricant de canoe).

Marcel était jusqu'au début de la maladie un excellent ouvrier. Nous n'avons pu obtenir d'autres éléments relatifs à son développement physique et psychique. Les deux frères ne paraissent pas avoir passé pour très intelligents.

Marcel fait son service militaire sans encourir de graves punitions. Cependant, dès cette époque il subit les brimades de ses camarades de chambrée, ultérieurement celles de ses camarades d'atelier. Son père le considère par ailleurs comme un rêveur, « un ambitieux désireux de tout faire par lui-même ».

Dès la puberté, comportement sexuel différent de celui de ses camarades, il s'adonne à la masturbation, craint les femmes, les maladies vénériennes, mené par son frère dans une maison de tolérance il lui en a toujours voulu, et il regrette par ailleurs de n'avoir pu y retourner faute d'argent.

#### *La maladie actuelle :*

Son début coïncide avec un choc émotionnel important, la mort du père survenue trois ans avant notre examen ; peu de temps auparavant les deux frères eurent un accident de motocyclette ; depuis deux ans son état va s'aggravant. En chômage par manque de travail depuis un an et demi et non par renvoi pour travail insuffisant.

Son état lors de l'examen est celui d'un schizophrène banal, caractérisé par un état de dissociation psychique avec ambivalences, néologismes, troubles de l'attention, bradypsychie, dysmnésie d'évocation, de nombreuses idées délirantes, idées d'influences.

« On le mène comme une petite fille, ceux qui ne se laissent pas faire on les assassine », on lui fait voir des couleurs, chaque couleur a une signification, plusieurs couleurs réunies en ont d'autres, idées de persécution, on le suit dans le métro. Hallucinations auditives. « Tu n'arriveras jamais, tu te sépareras de ta mère. » Haine familiale ; dans l'enfance, crainte malade du père, depuis, scènes fréquentes, menace sa mère d'un rasoir, menaces continuelles. Idées de suicide par intervalle. Insomnies cauchemars, rêves érotiques, apragmatisme sexuel, masturbation. Ce malade traité à l'Hôpital Psychiatrique de Villejuif dans le service du Docteur Paul ABELY, a pu reprendre à sa sortie sa vie antérieure après un traitement par comas insuliniqnes.

## OBSERVATION VIII

### OBSERVATION DES SŒURS V..., ADÈLE ET ANGÈLE

(Prise dans le service du D<sup>r</sup> CHATAGNON)

*Antécédents familiaux.* Peu précis.

Nous n'avons pu savoir s'il y avait eu des maladies nerveuses ou mentales dans cette famille, la mère n'aurait jamais présenté aucun trouble

particulier, elle est morte d'une attaque d'apoplexie à l'âge de 75 ans. De son comportement dans la vie, retenons son mariage, après avoir eu les deux jumelles dont nous allons rapporter l'histoire. Il semblerait qu'une semi-galanterie ait été le moyen d'existence de la mère, jusqu'au jour de son mariage. Nous ne pouvons avoir connaissance de maladies familiales ; il nous est impossible d'avoir de renseignements sur le père que les malades n'ont jamais connu.

Ces deux sœurs jumelles, filles naturelles, ne peuvent nous donner que fort peu de renseignements sur la mère, celle-ci, après son mariage, avait eu de nombreux enfants, tous bien portants, mariés avec enfants sans jumeaux dans leur descendance.

#### *Antécédents personnels des jumelles :*

Naissance prématurée à 7 mois. Là encore, nous manquons de renseignements sur les conditions de l'accouchement, sa durée, la vitalité des jumelles au moment de la naissance. De même, le développement physique des enfants ne peut être suivi. Toutes les deux furent atteintes de rougeole. Dans le cours des études, existent cependant de légères différences : Angèle obtient le certificat d'études à 11 ans. Adèle obtient le certificat d'études à 13 ans. Angèle a le brevet simple à 16 ans, Adèle ne l'obtiendra jamais. Cependant, remarquons que si l'une apprenait mieux, l'autre était beaucoup mieux douée pour la couture, la broderie, elles restèrent toutes deux au couvent jusqu'à 18 ans. Dès cette époque, le caractère des deux sœurs commence à se différencier : Angèle était enjouée, aimable avec tout le monde, gaie, exubérante. Adèle fut toujours égoïste, concentrée, jalouse, personnelle. Sa sœur dira : « Elle me faisait toujours payer. Ces deux sœurs, inséparables comme tous les jumeaux, passaient une grande partie de leur temps en querelles. A 21 ans, les deux sœurs partent comme gouvernantes en Russie : à partir de cette époque, leur histoire diffère.

#### A. HISTOIRE D'ANGÈLE.

En Russie, Angèle perd sa sœur de vue au bout de très peu de temps et ne la voit plus pendant 15 ans. Elle ne reste pas longtemps gouvernante. « Je me suis débrouillée. Femme entretenue par un prince de la cour », dira-t-elle avec orgueil. Elle contracte la syphilis au bout de peu de temps et est traitée par des frictions mercurielles. Elle soignera toute la vie cette syphilis qui la préoccupe au plus haut point. Actuellement, elle va encore à l'Hôpital Saint-Louis. Au cours de son existence aventureuse, elle a présenté plusieurs accès dépressifs à plusieurs années d'intervalle : l'un en Russie, un autre à Lyon, un autre à Genève. L'élément essentiel de ces accès semble être la gêne subite, la peur du lendemain.

Ainsi, en Russie, elle vient de perdre toutes ses économies (142.000 frs.) ; « elle se trouve sur le pavé » : elle fait un accès dépressif. A Genève, l'ami qui l'entretenait alors devait divorcer pour l'épouser. Ne pouvant obtenir le divorce, il se suicide. « Mon ami s'était suicidé, je l'ai cherché partout... la frayeur de rester sans le sou... j'avais été à pareille épreuve en Russie. J'ai perdu tout courage, je ne me lavais plus, ne me coiffais plus, j'ai été à l'infirmerie de l'asile, je ne dormais pas la nuit, seul le véronal me faisait dormir deux heures, je me regardais constamment dans une glace. Si jamais je suis sans argent, sans abri, cette langueur me reviendra. » Elle demeure internée, par deux fois, six semaines.

Depuis cette période, Angèle a toujours tâché d'éviter la misère et le besoin, en essayant de se faire entretenir. Actuellement, ayant dépassé la cinquantaine, elle vit des secours de chômage et des libéralités d'un vieil ami. Son état mental actuel peut être caractérisé par un déséquilibre teinté d'hypomanie ; elle est volubile, elle émet des idées sur toutes choses. Au sujet de sa sœur elle dit : « Ces malades-là, on devrait leur faire des piqûres pour qu'elles meurent tout doucement. » Non internée, elle vient voir sa sœur très régulièrement et très souvent. Dans la salle, elle interpelle les familles, tente de causer avec les malades, leur donne des conseils. De familiarité excessive, elle prend par le bras toute personne à qui elle s'adresse, elle trouble parfois la marche du service. A l'égard de sa sœur, elle témoigne d'une pitié théâtrale « pour cette malheureuse, maintenant si malade ». Dès son arrivée, elle déclanche chez Adèle des réactions émotives très nettes et la visite se passe en accusations mutuelles.

## B. HISTOIRE D'ADELE.

Dans l'ensemble, indifférente à l'étude, elle demeure moins intelligente et plus niaise que sa sœur. Il nous est impossible d'avoir des précisions sur sa vie en Russie. Séparée de sa sœur pendant un temps fort long, elle ne voulut rien lui dire sur son existence pendant cette période. Peut-être a-t-elle donné, elle aussi, dans la galanterie, des photographies nous la montrent à cette époque dans une tenue superbe, soignée. Tout comme sa sœur, mais au dire de celle-ci, « elle n'a pas fait la noce, elle n'est pas assez délurée pour ça ». Elle aurait exercé aussi en Russie, les fonctions de femme de ménage, mais la plupart de ses affirmations sont souvent déclarées fausses lors d'un interrogatoire ultérieur. Peut-être a-t-elle eu un enfant ? Par instants elle se déclare atteinte de syphilis. L'examen cependant n'a rien décelé dans ce sens ; seules, les circonstances du début de la maladie actuelle peuvent être précisées.

La cause occasionnelle semble en être une certaine misère, tant physiologique que matérielle. Sa sœur l'avait retrouvée dans un centre d'hébergement, depuis elle faisait des ménages, vivait à l'hôtel. Une voi-

sine l'accuse de vol : du vol d'un billet de 100 francs. Adèle, d'un naturel timoré, bien que n'étant pas coupable aux dires de sa sœur, donne cent francs à son accusatrice. Dans les jours suivants, ce sont des palpitations, un bruit de moteur dans la tête, elle se plaint de l'estomac et la crise se déclare. Notons depuis un an ou deux des troubles divers qui, pour la sœur, auraient été le début de l'affection. Adèle est transportée à Saint-Antoine où elle se livre à une tentative de suicide, tentative semblable à celle qu'elle fera dans le service, tentative peu poussée et qui probablement n'aurait jamais été mise complètement à exécution. Elle essaye de se couper les mains avec un miroir, elle coupe un drap pour s'étrangler, elle tente d'avalier un cordon de tablier. Dans le service, depuis plusieurs mois, elle a peu évolué. Elle présente un état de mélancolie anxieuse, avec réactions agressives, cris, pleurs, refus partiel et épisodique d'aliments.

De physionomie triste, de tenue négligée, d'attitude agressive, d'un abord méfiant, Adèle est d'un examen difficile.

Le cours des fonctions psychiques est troublé, le fond mental légèrement affaibli, désorientation légère dans le temps. L'attention, apparemment diffuse s'éveille lorsqu'on parle d'elle. Les questions, assez bien comprises entraînent des réponses brèves, témoins d'un champ d'associations limité, elles traduisent un monoïdéisme permanent. A son entrée, c'étaient des idées de suicide, qui font place actuellement à des idées de persécution peu systématisées, elles aussi, émises sur un ton anxieux. Elle craint toutes les personnes qui l'approchent. Les thèmes imaginatifs sont pauvres, ils témoignent cependant d'une grande réaction anxieuse, se traduisant par des cris, des luttas, l'obligation de moyens de contention. L'affectivité est certainement troublée ; à l'égard de sa sœur : réactions agressives ; inconscience de sa situation, troubles du jugement, sens moral affaibli, vagues craintes d'empoisonnement.

Les idées délirantes de la malade sont des idées mélancoliques fortement teintées d'idées de persécution. Notons que les idées délirantes nettement mélancoliques à l'entrée tendent à céder le pas aux idées de persécution, celles-ci cependant dominées par l'anxiété considérable de la malade, élément primordial actuellement. Elle ne paraît pas hallucinée.

*Examen physique.* — Il est difficile de se livrer à un examen physique du fait de l'opposition de la malade. Notons cependant l'absence de troubles moteurs, un état d'insomnie quasi permanent. La malade, depuis son entrée, voit son état général diminuer. Il faut parfois l'alimenter.

*Rapports réciproques des deux jumelles.* — Il ne paraît point y avoir beaucoup d'affection entre Adèle et Angèle ; lors de leur rencontre, de part et d'autre ce ne sont que reproches. Angèle fait

part de ses nombreux griefs contre Adèle : « elle m'a fait fâcher avec toute la famille... une famille riche. Adèle, selon ses dires, est égoïste, concentrée, jalouse, et jalouse de mon vieux. Elle m'a traitée de putain devant tout le monde. »

Par contre, Adèle rejette sur sa sœur toutes les fautes dont elle se croit coupable, ou dont on l'accuse ; chez l'une et l'autre, même fond de déséquilibre, même peur de l'avenir, de la gêne, de la misère, même réaction mélancolique et anxieuse devant la gêne, réactions survenues en des temps différents, en corrélation avec les époques différentes de leurs malheurs. Notons cependant, leur longue séparation, les conditions dissemblables de leur vie ; peut-être à la faveur d'une existence communes auraient-elles présenté des troubles mentaux analogues, d'évolution parallèle.

Ce cas vient corroborer les données mises en évidence par SOUHANOFF, nous pouvons le rapprocher de l'observation de M. LEROY et SCHUTZENBERGER, de notre observation personnelle des jumelles *Rose* et *Antoinette*.

## OBSERVATION IX

(Observation due à l'obligeance des D<sup>rs</sup> J. MORNET et STERN)

M<sup>mes</sup> C. et H., jumelles, âgées de 38 ans.

Les deux sœurs sont mariées avec deux cousins germains (entre eux) Il faut signaler la gémellité chez les ascendants (la mère du père avait une sœur jumelle). La ressemblance physique est frappante.

Les troubles mentaux apparaissent d'abord chez M<sup>me</sup> H. Elle a toujours été impressionnable, inquiète même pour des choses futiles ; depuis l'âge de 18 ans, elle consulte avec conviction des cartomanciennes.

Il y a environ 4 mois, avec des ennuis de famille, apparaissent les premiers symptômes. A cette date la famille déménage par suite des relations du mari avec une voisine et ils s'installent dans un nouveau quartier de la ville.

Mais peu après, la malade constate que les voisins sont devenus bizarres. Il lui semble qu'ils l'observent, la surveillent. Aussi depuis longtemps, elle ne sort plus, reste enfermée chez elle, demeure inerte, plongée dans ses pensées, oubliant même parfois de faire les repas.

A ce sentiment d'étrangeté, s'ajoute aussi la sensation d'un malheur imminent. Il lui semble qu'on lui veut du mal, qu'on la poursuit et que quelque chose va arriver. Ébauche de prise de la pensée et idées d'influence ; c'est comme si il y avait quelqu'un qui l'empêche d'agir, de penser, de sortir.

Ses craintes s'étendent à son mari (il lui semble qu'on accuse celui-ci, qui est garde-chasse, de receler le gibier), à son fils, âgé de 13 ans (elle croit qu'on va le prendre pour un polisson et chercher à lui faire du mal). Cet enfant est placé dans le quartier comme apprenti-coiffeur, et il arrive souvent à la malade d'aller voir s'il est toujours là. Il y a trois ans, elle a fait une fausse-couche et croit qu'on va l'accuser de l'avoir provoquée. Les personnes qui occasionnent toutes ces inquiétudes ne sont pas nommées ; au cours de l'interrogatoire, il est même difficile à la malade de préciser tout cela, les symptômes apparaissent flous, peu coordonnés. Elle se laisse facilement persuader, se rend compte que ses craintes ne sont pas fondées, qu'il ne peut rien arriver, mais peu après l'anxiété renaît et domine.

Peu de sommeil, rêves et cauchemars nombreux où les mêmes craintes réapparaissent. L'appétit est conservé. Céphalées par moments. L'examen somatique ne révèle rien d'anormal. B.-W. négatif. Le visage est anxieux, pâle, les yeux cernés ; oméga mélancolique.

Il semble actuellement que la malade soit légèrement améliorée, car elle a été beaucoup plus prostrée, plus inerte ; il était même difficile de la faire parler, de lui faire exprimer son inquiétude. Au cours de l'interrogatoire, elle a raconté tout cela faiblement, sans réticences, avec le besoin d'être rassurée et consolée.

En somme, syndrome mélancolique avec anxiété, craintes pathologiques pour elle et les siens ; ébauches d'interprétations délirantes ; quelques idées d'influence et d'indignité.

M<sup>me</sup> C..., placée le 25 octobre 1936, dans une maison de santé privée. La malade a toujours été sensible et nerveuse. Introduite par sa famille, elle arrive très bien ordonnée, exposant elle-même son cas, demandant guérison de sa maladie « qui lui travaille la tête ».

Après quelques semaines de « fatigue nerveuse », début brusque des symptômes psychiques il y a trois semaines environ. Délire d'interprétation et de persécution avec idées dépressives et hallucinations psychiques pendant plusieurs jours, particulièrement fort dans la première nuit. Elle venait de subir l'influence de sa sœur qui déjà délirante, l'amena chez une cartomancienne. Cette dernière prédit la folie pour toutes les deux et qu'elles seraient ensemble « entraînée dans une grande et sale histoire ».

A l'heure actuelle, grande insomnie. Efforts de raisonner, de classer et de critiquer les phénomènes de son automatisme. Tient à la réalité des diverses parties de son délire qui n'est plus nourri de nouvelles hallucinations et qui est flottant et labile. « C'est comme si j'étais accusée de choses atroces ; d'avoir livré ma fille de cinq ans à la prostitution. » Allusion à l'adultère et d'autres crimes sexuels qu'elle croit pouvoir avoir commis. « Il faut prendre des renseignements chez ma famille.

C'est comme un roman policier, ce n'est peut être pas moi. C'est mon cerveau fatigué. Non, c'est pourtant ça. On m'a hypnotisée. On m'a mis un casque électrique cette nuit. Cela paraît dans moi... J'ai déjà pensé que je pourrais faire un grand malheur, être la cause de la fin du monde, ou bien je peux faire qu'il pleuve ou qu'il fasse beau. N'est-ce pas incroyable ? » Très tourmentée à la fois de l'absurdité et de l'impossibilité de ses idées. Se laisse tranquillement raisonner.

1<sup>er</sup> Novembre : Insomnie assez grande. Trouble de la pensée de caractère schizophrène. Idées délirantes multiples mais qui, au moment de surgir, sont déjà mises en doute. Toutefois par moment, elle s'abandonne au délire et aux interprétations paranoïaques.

10 Novembre : Plus agitée et déprimée.

15 Novembre : Menstruation.

16 Novembre : Les règles n'ont pas provoqué de troubles graves. A présent mélancolique. Pleure beaucoup. S'écarte de ses idées délirantes mais souffre de la façon immédiate, plus qu'obsédante, dont ses idées, bien que reconnues impossibles et absurdes s'imposent à elle. « Je suis cependant une femme honnête. C'est comme si je n'étais plus de nationalité française. Je n'ai donc pas vendu ma petite-fille ? »

22 Novembre : Il n'est plus question de roman policier et l'étendue de ses idées se limite à quelques résidus qui sont très obsédants.

Parfois le doute change en anxiété et elle ne se lasse pas de demander des explications et d'être rassurée. S'interrompt en causant ; pas de suite dans ses pensées. Le parcours de la pensée et des associations est souvent bloqué.

## OBSERVATION X

Observation communiquée par le D<sup>r</sup> BEAUSSART.

(Établissement Psychothérapique de Fleury-les-Aubrais)

Il s'agit d'un couple monozygotique. Ce sont deux sœurs nées le 1<sup>er</sup> avril 1886, internées en 1933 à l'Établissement Psychothérapique de *Fleury-les-Aubrais*, pour une mélancolie anxieuse hallucinatoire.

L'état mental des malades ne permet pas de les interroger avec profit sur leur passé et leurs antécédents.

Malgré qu'elles eussent vécu ensemble, il n'y a pas lieu d'incriminer la contagion, puisque séparées à l'Asile, elles continuent à délirer pour leur compte.

Leur physionomie est absolument identique. Il semble qu'il s'agit là de troubles mentaux en rapport avec la ménopause et l'involution pré-sénile.

## OBSERVATION XI

(Observation due à l'obligeance du Dr OLIVIER)

Mme P. âgée de 65 ans, sans profession. Pas d'enfants.

Antécédents héréditaires : père obsédé, neurasthénique. S'est suicidé. Hérédité nerveuse du côté paternel (tante et oncles très émotifs). Mère normale. Pas de gémellité dans les antécédents.

Antécédents collatéraux :

Un frère jumeau, marié, n'ayant jamais présenté aucun trouble nerveux ou psychique.

Pas de ressemblance entre les jumeaux.

Antécédents personnels :

Opérée d'un fibrome à 38 ans.

Opérée d'une sinusite frontale à 50 ans.

Il y a 4 ans, première apparition des troubles psychiques qui se caractérisent par de la dépression avec inquiétude morbides au sujet de sa santé. Douleurs dans les reins qui revêtent un caractère obsédant au point que la malade pendant deux ans consulte plusieurs médecins et spécialistes, fait faire des radiographies et des traitements électriques variés.

Peu à peu ces phénomènes s'amendent à la suite d'un traitement psychothérapique.

En juin 1936, après quelques ennuis : maladie du mari, soucis au sujet d'un neveu qui vient de subir une importante perte d'argent, enfin une assez longue bronchite qui la tient alitée pendant plusieurs semaines, les troubles réapparaissent. Insomnies rebelles, dépression et inquiétudes, idées hypocondriaques. La malade se plaint à nouveau de douleurs dans les reins localisées plus spécialement dans la région coccygienne, et en même temps apparaît un phénomène particulier qui devient vite obsédant. Elle claque des dents plus spécialement au moment des douleurs. Ceci devient persistant, la malade redoute ces crises et vit dans leur attente. Soignée dans une maison de santé privée de novembre à décembre 1936.

Actuellement, troubles cénestopathiques (douleurs au coccyx), claquement des dents par paroxysmes ; réactions morbides (dépression, inquiétude, anxiété, obsessions, préoccupations hypocondriaques) conditionnées par les malaises sensitifs ou combinées avec eux.

## OBSERVATION XII

V. Arsène et V. Anatole, âgés de 34 ans, entrent à la Maison de Santé départementale de Blois, le 18 mars 1936. Ils sont conduits par trois gendarmes et placés à la requête du Maire de leur commune après arrêté

à fin de placement d'office. Les renseignements suivants nous sont fournis par le Maire. Les frères V. ont perdu leur père depuis 15 ans, leur mère depuis trois ans. Ils sont les seuls descendants. Célibataires, ils exploitent une petite ferme, sans le secours d'aucun aide, ouvrier agricole, domestique ou autre et suffisent également seuls aux travaux du ménage. Ce manque d'aide n'est pas dû à la misère, car ils sont aisés mais très âpres au gain.

Leurs vies ainsi organisées s'écoulent solitaires, sans contact avec les autres habitants du village. Ceux-ci par contre ne leur ménagent ni les moqueries, ni les quolibets, leur reprochant de vivre « en sauvages », d'être avares, de demeurer célibataires par crainte d'épouser des femmes moins riches qu'eux. Les frères V. confirment ces renseignements et ajoutent qu'ils sont injuriés lors de leur passage dans les rues, et presque quotidiennement traités de « fous », de « pourris ».

Quelques jours avant leur entrée à l'établissement, au cours d'une vive discussion portant sur la politique extérieure et le chômage, l'un des jumeaux et l'un de ses voisins échangent des injures et des menaces. Enfin, traité une nouvelle fois de « fou et de pourri », Anatole administre deux gifles à son interlocuteur.

Le lendemain, Arsène vient à Blois consulter un avoué sur les conséquences du geste de son frère. Il apprend ainsi qu'une action judiciaire pourrait être engagée contre eux, qu'ils pourraient être condamnés à verser des dommages-intérêts. Très avare, Arsène en conçoit un vif dépit et, comme dès son retour au village, il entend encore les gens rire et dire « voilà le fou qui passe », excédé, il rentre précipitamment à son domicile prendre son fusil de chasse chargé, ressort suivi de son frère en criant « puisque je suis fou, je vais tuer quelqu'un ».

Puis après avoir couru à travers champs, ils rentrent chez eux, cachent le fusil et attendent les gendarmes que la population a alertés. A leur entrée à la Maison de Santé, ces deux jumeaux sont très déprimés et ont immédiatement des réactions. Arsène essaye de s'ouvrir une veine dans son bain, tandis que son frère fait dans la nuit une tentative de pendaison. Le premier jour, au cours de l'interrogatoire, leurs attitudes sont différentes. Arsène est sombre, taciturne, concentré sur lui-même. Il ne répond pas aux questions, se contente de hausser les épaules en disant :

« Il est inutile que nous vous répondions puisque nous sommes des fous, des débiles. »

Anatole, au contraire, ne cesse de récriminer en pleurant et aux premières questions posées, il éclate en paroles véhémentes, rapides, que ses larmes et son indignation rendent complètement incompréhensibles. Tous deux manifestent l'intention d'en finir avec la vie puisqu'ils doivent rester à l'asile.

Le lendemain, beaucoup plus calmes et ayant acquis la certitude

que leur internement ne serait que de quelques jours, ils nous permettent de procéder à un interrogatoire au cours duquel ils nous exposent une partie des faits précédents et leurs antécédents familiaux et personnels. Nous avons recherché la gémellité et l'hérédité morbide, mais aucun cas de jumeaux n'est signalé ; pas d'antécédents pathologiques héréditaires ou collatéraux. Aucune parenté n'existait entre le père et la mère. Il faut cependant noter l'âge des parents à la naissance des jumeaux qui était de 39 ans pour la mère, 43 ans pour le père. Un seul frère, aîné d'un an, mort à 6 mois de fièvre éruptive.

*Examen physique* : les deux frères apparaissent comme étant deux hommes au-dessous de la taille moyenne. La ressemblance est seulement une ressemblance de constitution physique. Les traits du visage diffèrent, ainsi que la couleur des cheveux. On ne relève aucun stigmate de dégénérescence, aucun signe apparent d'intoxication éthylique.

*Anatole* : taille 1 m. 56. Poids : 56 kg.

Aurait eu une congestion pulmonaire au régiment. L'auscultation ne révèle rien d'anormal. Pas de troubles digestifs ou circulatoires. Tension artérielle : 12-8. Réflexes tendineux vifs ; réflexes pupillaires normaux.

*Arsène* : taille 1 m. 57. Poids : 53 kg. 600.

Aurait également contracté au régiment une affection pulmonaire (broncho-pneumonie, dit-il) qui le laisse fragile. A l'auscultation on note une diminution du murmure vésiculaire des deux sommets, sans adventices. Pas de troubles digestif ou circulatoire. Tension artérielle : 11,5-7.

Les réactions biologiques dans le sang sont négatives.

L'examen mental ne révèle aucun trouble de la mémoire, de l'attention ou des perceptions. Les deux frères ont un bagage scolaire largement suffisant. Mais le déficit porte surtout sur le jugement. Nous connaissons, en effet, déjà leurs différentes réactions lors des difficultés avec les voisins et dès les premières heures de l'internement. Il faut noter aussi l'exaltation affective des deux sujets et une diminution de la volonté qui fait que ces jumeaux, partis de faits réels, leur ont accordé une importance anormale et ont accompli des actes disproportionnés. Les renseignements qui nous ont été fournis nous les montrent comme des êtres peu sociables et d'un caractère taciturne. Ceci explique leur vie solitaire sans amitiés, sans sympathies.

Il ne nous a pas été possible d'établir si l'un des frères avait joué un rôle plus actif dans la genèse des différents événements. Cependant il nous semble que par leurs vies étroitement liées et solitaires, les troubles affectifs et du jugement sont nés et ont progressé simultanément.

Sans avoir à proprement parler d'idées délirantes de persécution, ces deux hommes offrent par leur hyperémotivité, leur timidité et leur vie d'isolement, une tendance marquée aux interprétations exagérées et aux réactions émotives faciles.

Peut-être pourrait-on parler d'une sorte de « cristallisation » qui se serait faite entre eux, à la suite des plaisanteries et vexations répétées. Ils en parlent chaque jour, ils épient et observent leur entourage ; cette sensibilisation émotionnelle sans cesse, exaltée arrive à l'occasion d'un événement nouveau, d'un « traumatisme affectif » à déclencher la réaction qui éclate comme un paroxysme, brusque, rapide, dramatique.

Il semble donc qu'on puisse parler d'une bouffée délirante chez deux déséquilibrés.

### OBSERVATION XIII

(Observations du service de M. le D<sup>r</sup> HEUYER)

#### ANTÉCÉDENTS COMMUNS AUX JUMELLES.

a) *Antécédents collatéraux.* — Un frère : Roger, dix-sept ans, en bonne santé, un peu vif de tempérament, il a obtenu le certificat d'études avec mention bien et travaille actuellement dans les bureaux du « Ciment français » et suit en même temps des cours de droit et d'assurances.

La mère n'a pas eu de fausses couches. Les deux jumelles, objet de l'observation sont âgées de 15 ans 1/2.

b) *Les parents.* — Le père âgé de 51 ans souffre d'une maladie d'estomac, se plaint d'amnésie depuis son séjour dans les colonies avant son mariage. Le grand-père paternel, inconnu, aurait eu un frère et une sœur jumeaux. La grand'mère paternelle, morte à 72 ans, était de tempérament emporté quoique sobre. Quatre frères du père seraient morts en bas âge.

La mère, âgée de 45 ans, de bonne santé habituelle, est un peu vive, sobre, âgée de 45 ans, de bonne santé ; elle exerce le métier de couturière. Le grand-père paternel, âgé de 70 ans, en bonne santé, d'humeur emportée est légèrement éthylique. La grand'mère maternelle, décédée à 57 ans d'une tumeur de l'intestin, avait un caractère très doux. Un frère et deux sœurs de la mère sont mariés, bien portants, ayant des enfants ; cependant, il faut signaler un enfant mort-né. Un enfant, décédé de méningite en bas âge, un autre décédé en nourrice.

#### OBSERVATION d'ODETTE V.

La grossesse fut normale ; huit jours avant l'accouchement apparurent les douleurs et on vit la tête de l'enfant. Après un accouchement normal à terme, l'enfant crie de suite, son poids cependant n'était que de 1 kg. 250.

*Incidents du premier âge.* — Allaitement : mixte pendant 3 mois ; Premières dents : à 7 ou 8 mois environ. Marche : 23 mois. Parole : pre-

miers mots vers 15 mois ; premières phrases vers 12 ou 15 ans Propreté précoce.

*Maladies.* — Pas de convulsions. Scarlatine, coqueluche, rougeole, varicelle. Opéré des végétations à 10 ans, à Saint-Antoine. Bronchite tous les hivers jusqu'à 12 ans. Pas de tics. Les règles apparurent à 14 ans 1/2 Pendant quatre mois : règles un mois sur deux. Depuis, les règles sont régulières et peu abondantes.

*Etat actuel.* — Odette dort bien, rêve quelquefois tout haut, parle.

L'appétit est généralement bon. Pas d'onychophagie, pas d'onanisme. Réaction de Wassermann pratiquée à 5 ans et 8 ans : négative.

*Scolarité.* — L'enfant est mise à l'école primaire, puis elle suit les cours de la classe de perfectionnement, rue de Belzunce de 7 ans à 15 ans 1/2, Raymonde et Odette ne retournent pas à l'école en octobre. Odette ne se donne aucune peine pour apprendre. Elle sait très bien écrire, mais ne lit pas ce qu'elle écrit, ni autre chose. La conduite en classe est bonne.

*Attitude à la maison.* — Élevée par ses parents. Très remuante ; touche à tout ; elle change facilement d'occupation, bavarde avec sa sœur. Elle répond ; est insolente à l'égard de ses parents.

D'un caractère autoritaire, elle craint malgré cela son frère. C'est une enfant peu soigneuse et désordonnée, sujette à des colères, au cours desquelles elle prend n'importe quel objet pour le jeter sur quelqu'un et devient toute blanche de colère. Peut-être est-elle affectueuse ? mais peu démonstrative, elle déteste embrasser, même sa mère ; Odette s'entend bien avec les amies de son âge ou plus jeunes. Elle aime les animaux. Plutôt paresseuse bien qu'adroite, elle tricote, coud, taille des habits à sa poupée, elle aime regarder les images d'un livre, mais non lire. La musique lui plaît, elle dessine très bien aux dires de sa mère (dessins d'un enfant de sept ans).

*Distractions.* — Elle joue avec ses sœurs et ses amies, aime se déguiser, aller au cinéma. De caractère menteur elle annonce à sa mère la visite d'une amie, alors qu'elle n'a rencontré personne. Elle ne ment pas pour se défendre. Les tests nous ont permis d'apprécier la mesure du développement de son intelligence : son niveau mental est celui d'un enfant de sept ans.

### *Opinion du D<sup>r</sup> HEUYER.*

Débilité mentale à la limite de l'imbécillité.

Arriération intellectuelle. Niveau mental de 7 ans.

Incapable de discernement.

Retard scolaire entier, malgré huit ans de classe de perfectionnement rue de Belzunce. Troubles du caractère, tendances impulsives. Colères violentes. Un peu plus grande et un peu plus forte

que sa sœur jumelle qu'elle dirige. Puberté acquise depuis huit mois, en avance sur sa sœur de six mois. Glyphoscoliose, acrocyanose. Dents suspectes d'hérédosyphilis. Débilité motrice, peu de syncinésie, mais paratonie. Maladresse. vivacité des réflexes tendineux. Pronostic : Peu utilisable.

#### OBSERVATION DE RAYMONDE V.

Raymonde est née une demi-heure après sa sœur, elle pèse, elle aussi 1 kg. 250. Le premier âge, les maladies de Raymonde sont identiques à celles d'Odette, si nous exceptons un ictère catarrhal à 10 ans et des tics oculaires (elle ouvre et ferme les yeux par saccades). Les règles sont abondantes, fréquentes, elles surviennent deux fois par mois. Raymonde dort bien, rêve rarement tout haut, elle appelle sa mère ou sa sœur. D'un bon appétit et d'une nutrition générale satisfaisante, Raymonde ne présente pas d'onychophagie, d'onanisme. La réaction de B.-W. recherchée à 5 et 8 ans fut négative.

\* \* \*

*Attitude à la maison :* Élevée par ses parents comme Odette, Raymonde est moins remuante que sa sœur, elle change moins facilement d'occupation, elle paraît plus réfléchie, mais aussi plus entêtée ; par imitation de sa sœur, elle est insolente, « répondeuse ». Elle craint son frère. Coquette et ordonnée ses colères sont semblables à celles de sa sœur ; plus adroite, elle travaille mieux, aide au ménage. Elle aime la musique, dessine très bien, dit la mère, en réalité ses dessins témoignent d'un niveau mental de sept ans. Comme sa sœur, elle est menteuse, a les mêmes distractions. Pas de vols, pas de fugues. Les tests déjà appliqués à Odette permettent de reconnaître à Raymonde un niveau mental de sept ans. Les signes physiques sont analogues pour les deux sœurs. On relève : l'absence de fossette cocygiennne, d'appendice xyphoïde, de légères syncinésies, une paratonie très marquée, chez Odette et Raymonde. Raymonde présente de plus une conservation des attitudes, des tics.

L'opinion du Dr HEUYER concernant Raymonde est identique à celle formulée pour Odette.

*Nous retiendrons de cette observation :*

- 1° L'existence de jumeaux du côté paternel ;
- 2° La probabilité de l'hérédosyphilis-dents. Axyphoïdie.
- 3° Le rôle d'un appoint éthylique du côté maternel.

4° L'identité malative des jumelles, avec le rôle de « modèle » joué par Odette à l'égard de Raymonde.

5° L'absence d'autres débiles dans la famille. Mais mortalité en bas âge du côté paternel.

*Nous pouvons intégrer cette débilité gemellaire dans les débilités mentales d'origine exogène, elle répond en effet au cadre défini par SMITH, par VILDENSKOV.*

#### OBSERVATION XIV

##### Débilité Mentale Gémellaire.

(Observation fournie par M. le D<sup>r</sup> HEUYER)

##### OBSERVATION DES FRÈRES : F :

*Ascendants.* — *Le Père.* Examiné le 7-2-28, âgé alors de 42 ans, est déprimé, irritable, antécédents éthyliques avoué sans cependant de cauchemars, de zoopsie, pas de pituite, grand buveur, coutumier de phases dépressives, avec désir de mourir. Pas de troubles mnésiques décelables, pas de désorientation, pas de dysarthrie. L'examen neurologique témoigne des troubles de la réflexivité tendineuse, ainsi que l'abolition du réflexe rotulien gauche, persistance du rotulien droit très faible. De même pour les achilléens : gauche faible : droit aboli : Pas d'Argyll ; pas de troubles de l'accommodation, mais signes d'éthylisme, tremblement digital, lingual, douleurs à la pression des masses musculaires du mollet et des cuisses.

L'interrogatoire révèle l'existence d'un B.-W. positif il y a 3 ans, rendu négatif depuis deux ans par un traitement d'une durée de 2 ans.

La ponction lombaire fournit les éléments suivants :

Alb. 0,40. Globuline + lymphocytes 2,2.

B.-W. Négatif. Benjoin normal.

Revu le 24-IX-37 : Le Père paraît un excité mégalomane, bavard, frisant la P. G. : La grand'mère paternelle aurait été aussi une excitée, de même, la sœur du Père excitée et déséquilibrée. La mère est morte de grippe en 1929, elle n'aurait jamais fait de fausses couches.

Les collatéraux des frères F.

Une sœur âgée de quatre ans et demi, bien portante en 1931.

OBSERVATIONS COMPARÉES DES DEUX  
FRÈRES JUMEAUX

F. 1

F. 2

|                                                    |                                               |
|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| 1 <sup>er</sup> Cris au bout de quelques instants. | Après 1/4 d'heure violacé à dû être flagellé. |
| Poids ..... 2 kg. 500                              | 2 kg. 250.                                    |

*Nourri au sein* (Nourrice) jusqu'à 8 mois

|                            |         |           |
|----------------------------|---------|-----------|
| 1 <sup>re</sup> Dent ..... | 10 mois | 11 mois   |
| Marche .....               | 2 ans   | 2 ans     |
| Parole .....               | 4 ans   | 4 ans 1/2 |
| Propreté .....             | ?       | ?         |

*Maladies :*

Crises de spasmes glottiques  
avec perte de connaissance de  
8 mois à 9 ans.

Rhumatisme avec lésions cardiaques.

Coqueluche.

Broncho-pneumonie.

Coqueluche

Broncho-pneumonie

Diphthérie grave il y a 3 ans  
avec paralysie du voile du palais  
et troubles visuels ; guérison complète.

Ectopie testiculaire double opérée  
chez l'un et chez l'autre

Ablation de végétations adénoïdes

Amygdalectomie

*Aspect*

Strabisme léger, pupilles normales.

Dents mal plantées.

Dents mal plantées.

Voûte palatine ogivale.

Voûte palatine ogivale.

Fossette coccygienne.

Légère fossette coccygienne.

Cyphose.

Cyphose

Réflexes tendineux vifs.

Réflexes tendineux vifs.

Hernie ombilicale.

Mamelon supplémentaire.

Cœur souffle systolique organique par R. A. A.

Ras.

Poumon. foie Rate. Ras.

Ras.

*Sérologie*

B.-W. Positif.

B. W. Négatif

*Fonds Mental*

Bégaïement.

Bégaïement.

Scolarité : chez les Parents, puis à l'École communale  
puis au Patronage

Lecture syllabique

A peine syllabique

Écriture iniforme

Écriture iniforme

Ne sait pas sa table de multi-  
plication.

Ne sait pas compter.

*Niveau mental*

6 à 7 ans.

6 ans

*Affectivité*

Affectueux

Peu affectueux, renfermé

*Examen du 27-9-37*

Taille..... 1,53

1,52

Poids ..... 40 k° 550

40 kg. 450

Périmètre thoracique 0.74 g. 0,70

0,74-0,70

Maigreur

Maigreur

T. A. 11-7

Thorax aplati

T. A. 12-8

Bégaïement

Bégaïement moins marqué

Un peu subexcité, bavard

Lecture à peu près courante  
meilleure que F. 2 avec quelques  
hésitations.

A peu près courante.

Ne sait pas sa table de multi-  
plication.

Ne sait pas sa table de multi-  
plication.

Sait la Date.

*Niveau mental*

10 ans

9 ans 1/2

10 ans

9 ans 1/2

*Niveau social*

9 Ans

9 ans

## OBSERVATION XVI

OBSERVATION DES Jumeaux S. : LOUISE ET LUCIEN

(Observations du Service 'du Dr HEUYER)

### *Antécédents communs aux jumeaux.*

Du côté paternel, absence de troubles particuliers, tant chez les ascendants que les collatéraux. Du côté maternel, nous retiendrons la mort subite du grand-père au cours d'une maladie de cœur à 58 ans. Nous n'avons pu avoir de renseignement plus précis. La grand'mère maternelle est décédée d'un abcès à l'oreille à l'âge de 40 ans. Les collatéraux sont en bonne santé. On ne signale pas l'existence de fausses couches, de jumeaux dans la famille. Nos jumeaux ont un frère, Laurent, écolier normal bien portant. Accouchement au forceps, à huit mois.

### OBSERVATION DE LOUISE :

L'enfant a crié de suite, il pèse à la naissance 2 kg. 100. Incidents du premier âge : première dent 10 mois, marche 18 mois, parole : premiers mots vers 2 ans, fait des phrases depuis 3 ans, parle avec difficulté, mais se fait comprendre. Propreté : énurésie persistante. Les maladies sont relativement nombreuses : rougeole, varicelle à 5 ans 1/2, deux otites. Troubles digestifs, helminthiase. Faiblesse générale musculaire, peut-être cette enfant présente-t-elle un état de rachitisme accompagné de scoliose. Le sommeil est calme, l'appétit normal. Louise met ses doigts dans la bouche et bave. Onychophagie et tendance à l'onanisme. Wassermann négatif le 23 juillet 1936.

Scolarité : Suit à peu près les autres enfants d'un Jardin d'enfant où elle va depuis un an, de comportement docile, elle ne donne aucun mal.

Attitude à la maison :

Élevée par ses parents, très remuante, instable, elle répète souvent la même phrase ; assez désobéissante, très taquine et capricieuse, elle a eu de fortes colères : la mère la fait mieux obéir que le père, moins patient. Très affectueuse elle aime beaucoup ses frères qu'elle défend contre les punitions de la mère. Franche, coquette, elle aime la musique et la danse. La mesure du développement de l'intelligence que nous mettons en regard permet de lui attribuer un niveau mental de 3 ans 1/2.

### *Opinion de M. le Dr HEUYER.*

Grosse débilité mentale. Pas de scolarité. Remuante instable, coléreuse. Enurésie persistante. Signes de rachitisme. Poids : 19 kg. 800. Taille : 116 cm.

## OBSERVATION DE LUCIEN S.

Poids à la naissance : 2 kg. 400, l'enfant a crié de suite. Premier âge : Première dent : 8 mois, marche : 14 mois ; parole : quelques mots vers 1 an, de petites phrases à 2 ans, propreté : 3 ans.

Comme maladie, seule une rougeole à 4 ans est à signaler. Le sommeil est calme, pas d'onichophagie ni d'onanisme. Scolarité : bonne, il fréquente l'école américaine de l'Avenue Théophile Gautier, parle couramment anglais et connaît ses lettres. Attitude à la maison : enfant affectueux et normal. Lucien est adroit de ses mains, quoique gaucher.

Les tests permettent de lui attribuer un niveau mental normal.

Opinion de M. le Dr HEUYER : Pas de débilité, niveau mental : 6 ans. Pas de trouble du caractère, ectopie testiculaire à gauche. Premier âge normal, grosses amygdales, pas de fossettes cocciigiennes.

*Intérêt de l'observation.* — Nous nous trouvons en présence de jumeaux biovulaires. Jumeaux discordants, la méthode des tests montre bien la différence de niveau mental entre eux. Cette différence s'accompagne d'une différence dans le développement du premier âge. Tous deux sont rachitiques (retard de la marche), mais Louise est en retard de 4 mois sur son frère. De même : énurésie persistante chez Louise. propreté à 3 ans chez Lucien. Lucien est gaucher, de ce fait nous ne croyons devoir rien conclure, nous ne pouvons penser ici à une symétrie inverse homologue de celle rapportée chez des jumeaux univitellins par Jacques LEY dans *l'Encéphale*, nous nous trouvons ici en présence de jumeaux bi-ovu'aires.

## OBSERVATION XVI

### OBSERVATION DES SŒURS C...

Débilité mentale et alcolisme chez deux jumelles univitellines (critères de Siemens).

Issues de parents déséquilibrés, les deux sœurs se présentent comme débiles déséquilibrées et alcooliques.

*Ascendants.* — Père et mère vivent séparés, la mésentente conjugale serait, aux dires de la mère et des filles consécutive à l'état du père qu'elles dépeignent sous les couleurs les plus noires. Selon leurs dires (nous n'avons pas vu le père), il serait buveur, coureur, violent, il aurait tiré un coup de feu sur la mère et une des jumelles.

De ce ménage naquirent 2 frères, dont un est mort, nous n'avons pu avoir de renseignement sur la cause de cette mort ; le survivant âgé de

46 ans serait en bonne santé. On ne peut relever l'existence de couple gémellaire dans les antécédents familiaux paternels ou maternels. Retenons l'existence d'un oncle de caractère irritable. La mère, actuellement âgée de 65 ans, vit avec ses filles.

*Antécédents personnels des jumelles.* — Elles eurent l'une et l'autre les mêmes maladies d'enfance.

On signale de légères différences dans la première enfance :

Berthe aurait marché, parlé la première, elle aurait aussi appris plus vite à l'école. Leur enfance semble avoir été pénible et faite de privations.

Elles travaillent l'une et l'autre dans une fabrique de masques à gaz. Berthe est en chômage depuis un an. Cela semble avoir déclenché le conflit familial à l'état latent depuis de nombreuses années. Ma mère préfère Germaine dira Berthe. « Ma mère est surtout désagréable avec moi depuis que je ne travaille pas, elle me traite de fainéante. » En décembre 1931, Berthe fait une tentative de suicide par absorption d'un flacon de teinture d'iode.

Un conflit familial provoqué et probablement entretenu par les accès éthyliques de la mère et de ses filles, oppose celles-ci à celle-là. Ce sont des accusations mutuelles de coups, de méchanceté, les filles déclarent : « Elle nous empêche de dormir, elle vient nous battre, nous injurier. »

La mère réplique de même : « Mes filles sont mauvaises, elles me battent, la plus violente est celle qui a de grosses cuisses. » Elle propose de montrer les plaies que ses filles lui ont faites.

Mis à part les troubles du caractère, les éléments d'excitation suivis de dépression qu'elles présentent, les troubles dominants sont le fait de l'état d'alcoolisme chronique dont elles sont atteintes.

*Elles ont été internées avec le certificat suivant, pour Berthe C.*

Déséquilibrée présentant des phases dépressives, (a absorbé, en janvier dernier un flacon de teinture d'iode). Alcoolisme chronique. Brutalité, violence à l'égard de sa mère ; bris de mobilier, alliance avec sa sœur jumelle plus imprégnée qu'elle, contre la mère. Persécutions incessantes. Tremblement des doigts, réflexes rotuliens normaux, réflexes achilléens impossibles à trouver du fait de la raideur de la malade.  $\pi$  100. Tabagisme.

*Pour Germaine :* Alcoolisme chronique, ivresses fréquentes, troubles du caractère, irritabilité, frappe sa mère, bris de mobilier. Alternance de phase dépressive avec idées de suicide. Agitation familiale en collaboration avec sa sœur jumelle alcoolique également.

Pituites, crampes, cauchemars, tremblement des doigts, réflexes tendineux vifs, pupilles normales  $\pi$  124.

*Particularités.* — Berthe grain de beauté angle interne du sourcil droit. Grande ressemblance d'empreintes digitales.

## OBSERVATION XVII

### OBSERVATION DES FRÈRES H...

Débilité mentale avec alcoolisme chronique.

Un seul élément du couple a pu être examiné, celui que nous n'avons pas vu est réputé « idiot de village ».

*Ascendants.* — Père mort suicidé (pendaison).

Mère morte de maladie, elle serait restée longtemps au lit.

Grand-père paternel, mort subite.

*Collatéraux.* — 2 frères morts accidentellement.

1 frère jumeau, Maurice « idiot de village » marié, ayant un enfant.

1 sœur âgée de 28 ans « elle est allée à l'école plus longtemps que moi », elle n'a pu cependant obtenir le certificat d'études.

*Antécédents personnels.* — Pas de certificat d'études primaires ainsi que Maurice. Marié depuis 3 ans, a un fils âgé de 22 mois (en bonne santé, il parle bien depuis l'âge de 18 mois, il a marché à 1 an ; il est élevé en nourrice chez une sœur).

A fait son service militaire. Maurice a été réformé pour débilité mentale, semble-t-il.

*Examen du fond mental.* — Sait les mois de l'année, lecture très imparfaite, multiplication :

$$3 \times 4 = 12 \quad 7 \times 8 = ?$$

$$6 \times 3 = 18 \quad 5 \times 8 = ?$$

Interné le 28 octobre 1937 avec certificat suivant du D<sup>r</sup> LOGRE :

« État subaigu. Onirisme, anxieux, s'est vu poursuivi par des camarades qui voulaient l'empêcher de travailler, de gagner son pain, celui de sa femme et de ses enfants. Idéologie politique, il a passé ses nuits pour arriver à la suppression du travail. Il ne veut plus travailler car il y a trop d'argent en France, il ne faut plus de gros. Tout le monde aura du pain, personne ne sera riche, personne ne travaillera, tout le monde sera heureux.

Signes d'imprégnations : gros tremblement des doigts et de la langue, cauchemars zoopsiques,  $\pi$  100. Brusques excentricités dans l'atelier des chemins de fer de l'Est où il travaillait à Pantin. »

Le 29-10-37 : D<sup>r</sup> ABELY.

« Est atteint de confusion mentale avec inertie, mutisme, opposition, refus d'aliments ; anxiété intermittente, onirisme, phase d'excitation psychique avec déclamation ; tremblement des doigts, sueurs. Alcoolisme certain. »

D<sup>r</sup> COURBON :

« Les premiers jours, stupeur, tremblant, asymétrie faciale. Ptosis de la paupière gauche. Accès de confusion mentale par alcoolisme chronique sur fond mental fruste. »

Jean Carrère.

## OBSERVATION XVIII

(Observation prise grâce à l'obligeance des D<sup>rs</sup> SCHUTZENBERGER  
et BEAUDOUIN)

Il s'agit de deux jumelles, âgées de 14 ans, présentant depuis deux ans des tics de la face et des membres. Ce sont des clignements des paupières, froncement du sourcil avec abaissement intermittent du cuir chevelu, un spasme de la bouche ; quelques mouvements balancés aux membres et tressautements brusques ; quelques flexions de la tête. Ces tics se présentent sous forme de crises pendant lesquelles les mouvements se répètent avec fréquence. Leur apparition a été simultanée.

Ces jumelles sont les plus jeunes d'une famille de cinq enfants (cinq filles). L'aînée, âgée de 28 ans, est très arriérée et épileptique, gâteuse ; elle ne marche pas. La 3<sup>e</sup> est très nerveuse et coléreuse.

Du côté paternel, aucun antécédent pathologique n'est signalé. La grand-mère maternelle est hypocondriaque : à l'âge de 30 ans, ella a fait une « crise nerveuse » assez longue.

Pas de gémellité dans les deux lignées.

La mère a été internée à la Maison de Santé Départementale pour psychose périodique ayant réalisé trois accès sérieux entre 1930 et 1934 (ménopause), à forme surtout dépressive et inquiète avec quelques périodes d'excitation légère. Depuis son dernier internement, a consulté à plusieurs reprises le D<sup>r</sup> H. BEAUDOUIN (Médecin-chef de l'Asile de Maison Blanche) et le D<sup>r</sup> SCHUTZENBERGER pour des accès dépressifs.

La grossesse des jumelles a été très pénible avec vomissements pendant toute la durée, enflure des jambes, enfin un rhume compliqué de sinusite à la suite duquel se marque une disparition complète et définitive du goût et de l'odorat.

Les jumelles sont nées avant terme, à 8 mois. Grossesse univitelline. Poids de 6 livres à la naissance.

Elles ont été nourries au biberon, ont marché à 11 mois ; première dentition à 11-12 mois qui s'accompagne de convulsions chez toutes deux ; premières paroles à deux ans et demi. Toutes deux ont eu la rougeole à cinq ans, compliquée d'oreillons et une deuxième atteinte d'oreillons à 13 ans.

Bien proportionnées, grandes et fortes, on ne relève pas de signes physiques de dégénérescence, à part un prognatisme assez accentué. Elles ont toutes deux des végétations adénoïdes et une hypertrophie des amygdales ; elles ne sont pas encore réglées.

La ressemblance physique est frappante, il semble même difficile de les distinguer. L'une d'elles serait plus sensible aux maladies et de santé plus fragile.

Leur niveau intellectuel est inférieur à celui des enfants de leur âge elles suivent l'école avec peine et ne paraissent faire aucun progrès.

### OBSERVATION XIX

(Observation due à l'obligeance de M<sup>me</sup> le D<sup>r</sup> MASSON  
et du D<sup>r</sup> BAUER)

(Asile de *Naugeat-Limoges*)

D. Henri et D. Emile, âgés de 15 ans. Nés le 24 mars 1921. Entrés à l'Asile de *Naugeat* à des dates différentes.

Antécédents héréditaires : père mort de tuberculose à l'âge de 32 ans. Était atteint d'épilepsie avec crises généralisées.

Mère vivante, remariée. Très nerveuse. A eu une fausse-couche, et eu deux autres enfants morts en bas âge ; l'un à cinq ans 1/2 de méningite consécutive à un traumatisme (accident d'automobile), l'autre à cinq mois, de convulsions.

*Henri* : entré à l'Asile depuis trois ans. Pas de grosse arriération.

Dans l'enfance, convulsions fréquentes. Varicelle, rougeole.

Avant son entrée, il vola trois bicyclettes chez un garagiste, sur les conseils de camarades plus âgés qui le menaçaient. Sa mère travaillait dans une usine, il était privé de toute surveillance effective. Mais il exprime des regrets au sujet de son acte et depuis son admission est très calme et docile.

A son entrée, il savait à peine lire ; a fait des progrès et actuellement il s'exprime correctement. Doux, gentil, cependant état d'apathie assez prononcé ; il se met au travail, mais abandonne rapidement sa tâche.

Au point de vue physique : pas de stigmates craniens ni faciaux et auriculaires de dégénérescence. Dentition normale avec léger vice d'implantation. Réflexivité normale. Pas de troubles pupillaires.

*Emile*, entré à l'Asile depuis un an. Pas de grosse arriération.

Enfance nerveuse. Convulsions à cinq mois comme son frère. Rougeole à 4 ans. coqueluche trois mois après.

Est resté avec sa mère jusqu'à l'âge de 8 ans, puis sa tante l'emmène à Paris. Il est ensuite confié à l'Assistance Publique, d'abord à Paris, puis à Alger.

En 1934, il revient d'Algérie, débarque à Marseille, est conduit à Limoges chez sa mère par un agent de l'Assistance Publique. Il manifeste alors des troubles du caractère. Il se bat avec l'ami de sa mère, vole de l'argent à celle-ci, la bat et même l'injurie, refuse de travailler, se querelle avec les voisins, puis crie et pleure.

Enfin, il vole une bicyclette et se rend au Camp d'aviation. A la suite de cet acte, il rentre à l'Asile, le 19 juin 1935, après expertise.

Turbulent et violent. Pervers. Se masturbe.

Au point de vue physique : légère déformation de l'occipital. Dentition normale. Réflexivité normale. Pas de troubles pupillaires.

La ressemblance physique est parfaite chez ces deux jumeaux. Lorsqu'ils étaient plus jeunes, leur mère, dit-on, les confondait.

## OBSERVATION XX

(Observation due à l'obligeance des D<sup>rs</sup> BAUER et CALMETTE)  
(Asile de Naugeat)

B. Lucien et B. Jean, frères jumeaux, nés le 22 juillet 1918. Pupilles de l'Assistance Publique.

Lucien est entré à l'Asile de Naugeat (Limoges) le 19 mai 1930 pour « épilepsie sur fond d'hérédosyphilis. Malade très amélioré ; les crises « qui avaient persisté d'abord sous forme de vertiges très légers pendant « plusieurs mois, ont actuellement disparu. Toutefois, le fond mental « persiste, en particulier l'instabilité avec tendances aux réactions impulsives. Je ne crois pas que ce fond mental puisse disparaître complètement. L'enfant peut être placé, et devra continuer à suivre son traitement avec une régularité rigoureuse et s'abstenir complètement de toute « boisson alcoolique. Si ces conditions sont remplies à la lettre, l'amélioration pourra se maintenir, sinon le pronostic est grave » (D<sup>r</sup> BAUER).

9 Août 1934. — Certificat de situation : « A été placé récemment comme domestique de ferme ; a dû être ramené à l'Asile par suite de recrudescence de ses crises convulsives » (D<sup>r</sup> BAUER).

Malade admis à la suite d'une expertise faite par le médecin traitant chargé du service des enfants assistés de l'Indre.

A son arrivée, il explique qu'il a eu deux crises au début de l'année 1933. Il s'est affaîssé, a perdu connaissance et a eu des tremblements. A la suite d'un vertige, il a fait une fugue. Le fils de son patron voulant le maltraiter (pétend-il) il fut retrouvé à quelques kilomètres de la ferme.

Vertiges presque quotidiens, très fugaces, sans affaîssement.

*Examen physique :*

Bosse occipitale fortement développée ; bosselure pariétale ; strabisme externe gauche. Pas de stigmates dentaires ; palais normal. Oreilles normales. Réflexivité vive. Pas de tremblement. Cœur et poumons normaux.

En avril 1934 : plus de vertiges. Persistance des troubles de l'humeur (propos grossiers).

On décide de le placer dans une ferme à la campagne pendant l'été. Il donne satisfaction, mais doit être réintégré pour recrudescence des crises. Périodes d'excitation ; coléreux, réagit et injurie le personnel ; fait preuve de mauvais esprit et excite ses camarades à s'évader.

Avril 1936 : persistance des vertiges, fréquents, sans chutes, mais il se crispe en cherchant un appui. Instabilité.

*D. Jean* : entre à l'Asile de Naugeat, le 26 juin 1936. Interné à la suite de vol, comme ayant agi sans discernement.

Certificat immédiat : « serait atteint de perversions instinctives ; sujet « instable, incapable d'un effort prolongé. Tendances aux fugues, vols. « Intelligence normale ; pas de tares neurologiques ; à observer. » (D<sup>r</sup> CALMETTES).

A l'entrée : aspect pâle ; développement physique inférieur à la moyenne des jeunes gens de son âge. Pas de malformations. Intelligence normale, s'exprime clairement et répond avec pertinence aux questions. Se rend insuffisamment compte de la gravité de ses actes et de sa mauvaise conduite. Vaniteux, raisonneur, vagabond. Pas de perversions sexuelles ni de cruauté envers les animaux. Réaction de Wassermann. Hecht. Calmette et Hossol : négatives. Pas de signes neurologiques de syphilis. Pupilles normales. Réflexes normaux. Léger tremblement des doigts et de la langue (tempérament névropathique). Pas de manifestations épileptiques. A besoin d'une surveillance vigilante et avertie. Depuis son entrée : bavard, raisonneur, prétentieux. Mauvais sujet et camarade peu sociable. Enclin à commettre des actes anti-sociaux s'il était livré à lui-même. Pas de ressemblance physique entre ces jumeaux. Un autre frère, B. Edmond, né le 26 août 1906, est également interné pour épilepsie et troubles du caractère. Certificat immédiat : « Placement d'office, 2<sup>e</sup> admission. Vient de Saint-Denis. »

« Est atteint d'épilepsie avec troubles du caractère. Sujet irritable, « impulsif ; s'était très amendé à l'Asile et son état de calme justifiait « son placement dans un Asile d'incurables au titre de la loi de 1905. « L'expérience a montré qu'il ne pouvait s'adapter. Placement justifié. » D<sup>r</sup> CALMETTE).

Crises fréquentes avec chutes brutales.

## OBSERVATION XXI

H. Adèle et H. Marie-Louise ; âgées de 12 ans. Placées par leur famille à l'Hospice Dessaigues à Blois.

Du côté maternel l'hérédité semble chargée. La grand'mère aurait fait deux fausses-couches ; eu un enfant mort-né, un autre mort à 10 jours ; puis neuf autres enfants vivants dont la mère des jumelles. Une tante de cette grand'mère aurait eu deux jumeaux. Pas d'internement dans la famille. La mère présente un strabisme convergent bilatéral qui serait apparu, dit-elle, à l'âge de deux ans. Elle est d'une faible constitution physique, petite et très maigre. Pas d'antécédents pathologiques dans la

lignée paternelle, pas de gémellité. Le père a fait 52 mois de guerre, pendant lesquels il a été gazé, blessé aux deux jambes et à la poitrine (balle dans le poumon droit). Il s'est marié après la guerre. A fait à l'âge de 45 ans une hémiplegie avec aphasie passagère, quelques troubles de la vue comme séquelle. Alcoolisme avoué. La mère signale un gros surmenage pendant la grossesse des jumelles (travaux pénibles des champs) et de l'albumine dans les urines les derniers mois. Les jumelles sont nées à terme, à une heure d'intervalle; il y aurait eu deux placentas. C'étaient de très petits enfants malingres, qui auraient fait de l'ictère dès les premiers jours. Toutes les deux, à l'âge de cinq ans, auraient eu sur la figure des plaques d'eczéma suppurant (?), affection qui a duré six mois. Actuellement ces deux sœurs se présentent comme très arriérées; on peut porter pour toutes deux le diagnostic d'idiotie. L'aspect physique est différent. *Marie-Thérèse*.: marche à 24 mois, parle à 3 ans; première dentition à 14 mois. A toujours eu une santé fragile (bronchopneumonie dans la première enfance, furonculose). On essaye de l'envoyer à l'école, mais elle ne peut y rester et, aux dires de la mère, au lieu de progresser, elle rétrogradait. Bien proportionnée, elle a la taille normale d'un enfant de son âge. Cheveux châains clairs, yeux marrons, voûte palatine ogivale; l'implantation des dents n'est pas défectueuse. D'un caractère docile et doux, elle est capable de rendre quelques menus services (essuyer la vaisselle, par exemple). Elle est propre et bien que son vocabulaire soit très pauvre, elle arrive à s'exprimer de façon compréhensible.

*Adèle* : marche à 3 ans; ne parle pas; les premières dents apparaissent à 14 mois. Elle a fait à l'âge de 11 mois une affection méningée sur laquelle on ne peut obtenir aucun éclaircissement.

Beaucoup plus petite que sa sœur (taille d'un enfant de 8 ans), cheveux bruns foncés; yeux gris. Elle présente une asymétrie faciale très prononcée. Les dents sont crénelées, en mauvais état, implantées de façon irrégulière. La voûte palatine est ogivale.

L'enfant est absolument incapable d'accomplir de sa propre initiative quelques gestes élémentaires, on doit même la faire manger. Elle émet de temps à autre quelques sons inarticulés. Gâtisme.

Examens sanguins faits au Laboratoire départemental de Blois :

MARIE-THÉRÈSE :

|                                                 |            |
|-------------------------------------------------|------------|
| Groupe sanguin : .....                          | groupe III |
| Numération globulaire et formule leucocytaire : |            |
| Globules rouges .....                           | 3.860.000  |
| Globules blancs .....                           | 13.000     |
| Polynucléaires neutrophiles.....                | 75 %       |
| Mononucléaires .....                            | 25 %       |
| Hémoglobine .....                               | 95 %       |

ADÈLE :

|                                   |           |
|-----------------------------------|-----------|
| Groupe sanguin .....              | groupe II |
| Globules rouges .....             | 4.205.000 |
| Globules blancs .....             | 20.820    |
| Polynucléaires neutrophiles.....  | 73 %      |
| Polynucléaires éosinophiles ..... | 7 %       |
| Mononucléaires .....              | 20 %      |
| Hémoglobine .....                 | 95 %      |

## RÉSUMÉ

Au terme de notre travail nous voyons que les psychoses gémeillaires doivent être étudiées :

- a) au point de vue psychiatrique ;
- b) au point de vue eugénique.

### A. — AU POINT DE VUE PSYCHIATRIQUE.

La concordance clinique est de règle chez les jumeaux univitellins. La discordance clinique est de règle chez les jumeaux bivitellins.

#### 1° *Les psychoses gémeillaires des jumeaux univitellins :*

Dans ce groupe entrent tous les troubles mentaux chez les jumeaux univitellins, c'est-à-dire :

La folie gémeillaire de BALL, les psychoses gémeillaires des auteurs modernes.

La simultanéité des troubles chez les jumeaux univitellins nous paraît sous la dépendance des différences susceptibles d'intervenir dans le cours de la vie ; lorsque les jumeaux ont mené une vie identique les troubles sont généralement simultanés.

La recherche de la contagion mentale dans le cas de psychoses gémeillaires paraît une recherche théorique ; dans le cadre de la Folie gémeillaire de BALL, le terrain, l'éducation, l'instruction sont identiques, il est difficile de distinguer le sujet inducteur du sujet induit. Du fait de la vie en commun, il y a des réactions multiples et réciproques, témoin d'un terrain analogue et prédisposé. Les phénomènes de contagion mentale n'existent pas lorsque les jumeaux sont séparés, des troubles mentaux de même nosographie apparaissent cependant (simultanés ou non).

Il existe un parallélisme des conceptions délirantes, parallélisme global avec parfois des réactions psychopathiques différentes (Obs. 1, Obs. 2). Ces différences dans les réactions psychopathiques traduisent souvent l'opposition des caractères de chaque jumeau.

L'évolution des psychoses jumeillaires se confond avec celle de la maladie mentale dont les jumeaux sont atteints. La séparation dans les cas de Folie jumeillaire entraîne peu de résultats thérapeutique.

Du point de vue nosographie psychiatrique : nous n'avons pas rencontré, dans le cours de notre étude, de couple de jumeaux dont l'un aurait été strictement mélancolique et l'autre strictement maniaque, de même nous n'avons pas trouvé de couple de jumeaux dont l'un ait été atteint de catatonie et l'autre d'hébéphrénie délirante pendant tout le cours de l'évolution de leur maladie. LUXEMBURGER a cité un cas de jumeaux concordant-discordant dont l'un était maniaque dépressif et l'autre à la limite de la schizophrénie et de la psychose maniaque-dépressivé.

Les jumeaux psychopathes sont souvent nés d'un accouchement prématuré, de là leur fragilité physique et psychique. Il semble en général que les jumeaux soient d'un niveau mental inférieur au niveau mental de leur famille. Chez ces êtres fragiles, la jumeillité semble polariser les tares psychopathiques des ascendants. Ils sont alors soit les seuls atteints (Obs. 1, Obs. 2) soit les premiers atteints (Obs. 3). Nous voyons là une des preuves de caractère familial des psychoses jumeillaires.

Il est utile d'insister sur le fait que la jumeillité n'est pas une tare, et que s'il est des jumeaux psychopathes, il en est un très grand nombre (jumeaux univitellins) ayant une vie normale, parfois brillante.

## 2° *Les psychoses des jumeaux bivitellins :*

La discordance clinique est généralement la règle ; ces psychoses ne diffèrent pas des psychoses ordinaires chez les frères et les sœurs. Cette notion de jumeaux bivitellins peut expliquer certaines critiques dont la conception de BALL a été l'objet.

### B. — AU POINT DE VUE EUGÉNIQUE.

Nous n'avons pas eu la prétention d'étudier tous les travaux relatifs aux Psychoses jumeillaires. Nous pouvons seulement remarquer l'opposition tant eugénique et clinique des jumeaux uniovulaires dont la concordance clinique est le fait et des jumeaux biovulaires dont la discordance clinique est le fait.

Si nous reconnaissons la valeur génétique des jumeaux univitellins, univitellins concordants, quelle peut être notre attitude en présence de jumeaux univitellins discordants ? Admettons-nous une origine germinale, comment expliquer alors la discor-

dance ? Ou bien les jumeaux univitellins ont au départ le même potentiel héréditaire et la discordance des jumeaux élevés ensemble ne s'explique pas ; avec SELZER, nous devons alors admettre un facteur secondaire non inhérent à la cause héréditaire, de ce fait la valeur génétique des jumeaux univitellins concordants disparaît. Nous sommes alors obligé d'admettre qu'il n'existe pas un même potentiel héréditaire et le problème devient alors extrêmement complexe et ne croyons pas actuellement pouvoir le résoudre.

L'hérédité névropathique paraît nette dans certains cas de psychoses gemellaires, BALL l'avait déjà prévu et au cours de notre historique, nous l'avons souvent signalé. Dans d'autres cas, au contraire, l'hérédité ne présente rien de particulier et nous devons reconnaître l'origine externe de ces psychoses gemellaires. Cette dualité des psychoses gemellaires avait été signalée par CULLERRE, en 1901. Pour certains auteurs, il y aurait là un phénomène d'hérédité récessive. Il existe cependant des cas où on peut mettre en évidence une origine toxique ou infectieuse, en particulier dans les observations de débilité mentale gemellaire. Aussi croyons-nous fondée la distinction des psychoses gemellaires :

· En psychoses gemellaires à hérédité psychopathiques ;

En psychoses gemellaires d'origines externe où les modifications prénatales du milieu joueraient un rôle primordial.

## CONCLUSIONS

Les troubles mentaux chez les jumeaux doivent être étudiés :

A) AU POINT DE VUE PSYCHIATRIQUE.

B) AU POINT DE VUE DOCTRINAL ET EUGÉNIQUE.

A) *Au point de vue Psychiatrique :*

Nous distinguons les troubles mentaux des jumeaux univitellins où la concordance clinique, psychologique et sociale est de règle, des troubles mentaux chez les jumeaux bivitellins où la discordance est la règle, ce sont des troubles analogues à ceux survenus chez les frères et sœurs.

B) *Au point de vue Doctrinal et Eugénique :*

Les jumeaux univitellins ont la même hérédité, la discordance clinique (exceptionnelle) des univitellins, la concordance clinique (exceptionnelle) des bivitellins, tendent à poser l'organicité d'un grand nombre de troubles. Aussi croyons-nous fondée la distinction des troubles mentaux survenant chez les jumeaux :

1° En troubles fonctions d'une hérédité Psychopathique ;

2° En troubles d'origine externe, dans ce groupe les facteurs prénataux de milieu prennent toute leur importance.

VU : *Le Doyen,*  
TIFFENEAU.

VU : *Le Président,*  
LAIGNEL-LAVASTINE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :  
*Le Recteur de l'Académie de Paris,*  
ROUSSY.



## BIBLIOGRAPHIE

- ART. — Diseases and Fate on Twins. *M. Soc. Des Moines*, 1929.
- BALL. — De la folie gemellaire, *Encéphale*, 1884.
- BONNEVIE. — Hérité de la tendance aux gestations gemellaires, *Norsk Magazin for Lægevidenskaden*, Christiania, août 1913, p. 847.
- MACAROOM. — *Arch. Neurol. et Physiol.*, 31. 8.24, p. 836. Idiopathic epilepsy in individual twins.
- BOUQUET (H.). — Les Menechmes, *Monde Médical*, Paris 4. 5.28.
- BOVEN. — L'hérédité en psychiatrie. *Encéphale*, 1924.
- BURKS. — Determining identity of twins, *J. of H.* June 1926.
- CLAUDE, MIGAUT, LACAN. — Folies simultanées. *Ann. Méd. Psych.*, 21. 5.31, p. 473.
- CLIFFORD GILL. — Twins suffering from Mania. *Jl. of Mental Science*, 1883. January, 540/544.
- CLOUSTON et SAVAGE. — *Arch. für Psych. und Nervenkr.*, t. 23, 1892, p. 88/111.
- CULLERRE. — Deux nouveaux cas de folie gemellaire. *Arch. de Neurol.*, Paris 1901.
- DANFORTH. — Ressemblance and difference in Twins. *J. Hered.*, Washington., 1919, pp. 397/409.
- DAVENDORPHT. — *Influence of the Male in the production of human Twins.*
- DEMOLE. — Considération biologique sur l'hérédité dans les maladies mentales. *Ann. Médico-Psychologiques*, 1914.
- DEMAY. — *Psychoses familiales*. Paris, 1913.
- DEVENTER (Van). — Actiologie und Pathogenese. *Centralblatt für Nervenh.*, 1893, 163/164.
- DOWAL. — Congenital mental... in twins. *Jl. of Mental Science*, 1884, July, 261/265.
- DROOGLEEVER. — Modern Research on human Twins. *Quart. Rev. Biol.*, Sept. 1932, pp. 298/306.
- EUPHRAT. — Ueber das Zwillingswesen. *Allgemeine Zeitschr. f. Psychol.*, 1888.
- FINTLOW MICKLE. — Twins in similar states of imbecility. *J. of Mental Science*, 1883, octobre, pp. 539/540 ; 1889, April, pp. 67/74.
- FRANTZ. — Dementia praecox in Twins. *Journ. Nerv. ment. diseases*, 50, pp. 325/330.
- FREEMAN. — Symptomatic epilepsy in one of identical twins. *J. Neuro-Psychopath.*, 15 janv. 1935, 210/218.

- GALTON (F.). — The history of twins as a criterion of the relative powers of nature and nurture. *Journal of the anthrop. Inst. of gr.*
- GESELL (Arnold). — Mental and Physiol. Correspondence in twins, 1922.
- GREMNITZ (M<sup>lle</sup>). — Deux jumelles. *Bull. de la Société libre pour l'étude psych. de l'enfant*, n° 107, Paris, 1915.
- GORDON. — Psychoses in twins. *Ann. Med. Burlington.*, Vt. 1925 et 5, XX, pp. 603/607.
- GREULICH. — *Am. J. Phys. Anthropol.*, 19, 391/431. Heredity in human twinning.
- HARTMANN. — Psychiatric studies. *Jahrb. f. Psychiat.* V 50, 195/242, 1933. *Wien. Klin. Wochenschrift*. Dez. 1932.
- HARTMANN. — Schizophrenia and inheritance of musical talent in twins, with discussion of their anthropologic measurements. *Ztschr. f. d. ges. Neurol. und Psych.*, 143, 349/380, 1933.
- HERFELD. — Zur des Irreseins bei Zwillingen. *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*, 1900, t. LVII, p. 15/28.
- Mental disorders in twins. *Amer. J. Psychiatr. J.*, 12, 239/283, sept. 1932.
- JACOBI. — Schizophrenic psychoses with identical course in biovular twins. *Ztsch. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie*, 135, 298/304, 1931.
- *Journal of heredity*, 1917 n° 10, Washington, *The Biology of twins*.
- JUDINE. — Sur la psychose chez les jumeaux. *Journal de Neur. et de Psychiatrie*, D<sup>r</sup> de Korsakoff, 1907, livraison 1.
- KASANIN. — Schizophrenie in one of identical twins. Howard R. I. *Arch. of Neurol. and Psychiatry*, p. 1099, 1934.
- KASARIUS. — Case of schizophrenia in only one of identical twins. *Am. J. Psychiatr. J.*, 91.21.28, July 1934.
- KELP. — Melancholie mit tödlichem Ausgang bei zwei Geschwistern. *Memo-rabilien*, 1878, n° 9.
- KOCH Helen Lois. — A study of a pair of Siamese Twins.
- LAIGNEL-LAVASTINE et PAPILLAUT. — Démence précoce gémellaire. *Encéphale*, 1920.
- Sur deux jumeaux univitellins. *Réunion neuro-psychiatrique suisse*, Zurich, novembre 1928.
- LAIGNEL-LAVASTINE et BOQUIEN. — Deux cas de forme fruste de la dysostose cranio-faciale de Crouzon. *Société de Neurologie de Paris*, 5 février 1931).
- LAIGNEL-LAVASTINE et PAPILLAUT. — Morphogrammes de deux jumeaux atteint de dysostose cranio-faciale. *Société de Neurologie de Paris*, 5 février 1931.
- LANGE. — Crime et destinée, Leipzig, *Gemellité criminelle* (1928).
- Twins formation and development of personality. *Klin. Wochenschrift*, 12, 94/100, 1933.
- LEGRAS. — Psychoses and Criminality in Twins. *Zeitschrift. f. d. ges. Neurol. und Psychol.*, 144, 198/212, 1933.
- LEROY et SCHUTZENBERGER. — Contribution à l'étude de la folie gémellaire maniaque dépressive chez deux sœurs jumelles. *Ann. Med. Psych.*, 1924, 42, 113.
- LEY (J.). — Un cas d'audi-mutité idiopathique (aphasie congénitale) chez deux jumeaux monozygotiques, *Encéphale*, 1929, p. 121.

- Jumeaux. (Un cas d'alexie et d'agraphie d'évolution chez des). *Revue belge neuro-psych.*, 6 avril 1936.
- LOOFT CARL. — L'évolution de l'intelligence chez les jumeaux, XII, 41, 74, 1931.
- LUXEMBURGER. — The etiology of manic-depressive syndromes with special reference to their occurrence in twins (cité in *Amer. J. of Psychiatry*, 91, p. 725).
- MARANDON DE MONTYEL. — La folie gémellaire. *Archives de Neurologie*, octobre, 1906.
- MARIE et BAGENOF. — Folie gémellaire. *Traité international de Psychologie pathologique*, Paris 1912.
- MARIE et HENRI EY. — Étude sur les jumeaux. *Société de Médecine Mentale*, 1927.
- MAYR. — Un cas de folie gémellaire. *Arch. Internat. Neurologie*, juillet 1934.
- MITCHELL et DOWNING. — Mongolian idiocy in Twins. *Amer. Jl. Med. Sc.*, Déc., 1916.
- MOREAU (de Tours). — Etude sur les jumeaux. *La Psychologie morbide*, pp. 139 (note) et 172.
- MULLER. — Mental traits and heredity. The extend to wich mental traits are independant of Heredity as tested in the case of identical Turins reared apart
- MURIMANN. — The intellectual resemblances of twins, 1921.
- Psychoses in identical twins. Contribution to study of functional psychoses.
- MURRAY. — A study of twins in health and disease. *Lancet*, 208, 529-532, 1925.
- NEWCOM (S. B.). — Psychoses in twins *Illinois M. J.* Chicago, 1915, Vol. 28, p. 251.
- NEWMAN. — Mental and Physical traits of identical twins reared apart. Case I twins A and O. *J. of Heredity*, février, 1929, p. 49.
- Mental et Phys. Traits of identical twins reared apart. Case II, twins and E G. *J. of Heredity*, mqr8 1929, p. 97.
- Mental traits of identical twins reared apart. Case III, twins C. and D. *J. of Heredity*, avril 1929, p. 151.
- Mental et Physical traits of identical Twins reared apart. Twins Harold and Holden. *J. of Heredity*, 25, 137-143, avril 1934.
- Mental and Physical traits of identical twins H. et R. *Jl. of Heredity*, 25, 55-60, février 1934.
- Mental and physical traits of identical twins reared apart. Case V, twins B and D. *J. of Heredity*, 23, 297-503, August 1932.
- Twins Ada et Ida. *Jl of Heredity*, 23, 369-377, september 1932.
- Twins M. et review of first 4 cases studied. *J. of Heredity*, 23, 3, 18, janvier 1932.
- Palm print patterns ; Use of Dermatoglyphics as aid in diagnosis of monozygotics and dizygotic twins. *J. of Heredity*, 22, 41-89, février 1931.
- NIGEER. — Uni ovular twings with schizophrenia appearing only in one. *Acta Psychiatria et Neurol.*, 9, 541-556, 1934.
- DONNELL (O.). — Friedreich's ataxic case. *Arch. Pediat.*, 52, 61-63, janvier 1935.
- OSTERMAYER. — Zur Lehre für Zwillingsserr sein. *Arch. für Psychiatrie et Nerv.*, t. XXIII, 1892.

- PARKER. — Zoological Laboratory Haward University Identical Twins with dementia praecox. *J. H.*, 1926, p. 137.
- Variations in mental development. *Proc. Am. A study of feableminded*, 56 213-222, 1932.
- PITULESCO. — Heredity in psychoses of enzygotie twins Spital, 54, 492-495, décembre 1934.
- REED. — Uniovular twins. Schiyophrenie and tuberculosis *Canad. M. A. J.*, 32, 180-182, février 1935.
- ROBINOWITCH! — *Société médico-psychologique*, Séance du 3 mai 1899.
- ROSANOFF (A. J.) et IUMAN-KANE (C. V.). — Relation of premature, birth and under wright condition at birth to mental deficiency. *Amer. Journ. of Psychiatry*, 13, 829, January, 1934.
- The etiology of mongolism with special reference to its occurence in twins. *Amer. Journal. Disp. of Children*, octobre 1934.
- The etiology of epilepsy with special reference to its occurence in twins. *Arch. of Neurol. and Psychol.*, sept.-oct. et juin 1934.
- ROSANOFF. — Twins : Criminality and delinquene (Rosanoff A. J.). *J. Crim. Law et Crimonol.*, 24, 923-924, jan.-févr. 1934.
- T. mental disorders, preliminary report California report, 37, 101-105, Aug. 1932.
- Study of mental disorders augenical news 17, 37, 39 mars-avril 1932.
- T. mental desorders. *J. Juvenile Research*, 15, 268-270, octobre 1931.
- Etiology of manic depressive syndromes with special reference to their occurence in twines. *A. Mm. Psychiatry.*, 91, 725-762, jan. 1935.
- RUSH. — *Medical inquiries upon the deseases of mind* Philadelphia, 1912.
- SANCHIS BARIS et D. NIETO. — Contribution casuistique à l'étude des Psychoses gémellaires.
- SANDERS. — *Nederl. tydschr. v. geneesk.*, 76, 4513-54, sept. 24, 132.
- SAVAGE. — Attacks of melancoly. *J. Mental Science*, 1883, 539-580.
- SCHIECK. — Dementia praecox in fraternal twins U. S. V. a. B., 7, 586-587, June 1931.
- SCHITZ. — Beitrag zur Casuistik der Zwillingspsychosen und der inducier ten Medecine. *Charité Annalen*, XX, 1887, 421, 438, 446.
- SCHÉDE. — Concordent biovular twins with senile. *Lyon Neurol. Psychiatr.*, 144-606-612, 33.
- SIEMÈNS (H. W.). — *Wirchow's Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, 1934.
- *Münchener medizinische Wochenscht*, 1924, p. 1789.
- *id.*, 1926. *Arch. f. Gyneckologie*, 1926, p. 623.
- *Wirchow's Arch.*, 666. 263.
- *Die Zwillingd Pathologie*. Berlin F. Springasse, 1924, p. 105.
- SMITH. — Psychoses occurring in Twins. *State Hop: Bull. Utica*, 1912-1913, n° 5, 406-436.
- Phsychoes occuring in twins, *N. York M. J.*, 1912, XCVI, 1268-1272.
- T. psychiatry studies 3 Cases. *Acta Psychiatrica et neurol.*, 6, 79-105, 1931.
- *Meddelelser over Danmark*, III Copenhague 1929, Causes de la Débilité mentale en fonction des Frères Jumeaux.
- Casuistique gemellaire psychiatrique. Ressemblance des jumeaux et dis-

- positions des membranes vitellines. *Acta Psychiatrica et Neurol.*, Copenhague, fasc. I, p. 87 (1931 ?)
- SOUKHANOFF. — Sur la folie gémellaire. *Ann. médico-psychol.*, 1900, p. 24.
- De la soi-disant folie gémellaire. *Rev. de Psychiatrie*. Paris, XVI, 486-492, 1912.
- GLADYS (G.), TALLMANN. — A comparative study of identical and non identical twins, respect to intelligence resemblance.
- THORNDIKE. — Measurements of twins. *Archives of Physiology and scientific methods*, n° 1. Individual differences and their causes. *Educational Psychology* t. III, New York, 1911, p. 228.
- TISSOT. — Imbécillité gémellaire. *Arch. de neurologie*, déc. 1907, 8, 12.
- TRILLOT. — Hérédité cyclothymique, *Thèse*, Paris.
- VAN ENDE BOOS. — *Psychiatrie en neurol. bl.*, 36, 273-303, nov.-janv. 1932. Schizophrenia in uniovular twins.
- VERSLUYS. — *Bidrage Twillingen Pathologie im Verband met de erfelijkheidsleer*, Leiden, 1928.
- WAARDENBURY. — De tegenwoordige stand Tweeling vraagstuk. *Nederl. Tijdschrift v. Genees*, 1928.
- WEBER. — Recherches anatomiques sur les jumeaux univitellins (monozygotes). *C. R. Associations des anatomistes*. 1923.
- WEINBERG. — *Statistical and genetic study*, 16, 382-388, 1934.
- WENDT. — Voir EUPHRAT. *Manie gémellaire*, 1887.
- WILDENSKOW. — *Investigations into the causes of mental deficiency*. Copenhagen, 1934.
- WILCOX. — Sanity of twins. *J. Mental*, London, 1901, 347-341.
- WIZEL et KRUKOWSKI. — Un cas d'observation chez des Jumeaux.
- WORCESTER. — *Insanity in twins*. N. Y., 1890-1891.
- ZWERI. — Contributo casistica per la pazzia gemellare. *Cervello Napoli*, 1924<sup>4</sup> 152-158.



---

Imprimé par R. BUSSIÈRE  
à Saint-Amand (Cher), France. — 2-3-1939.

---





